الجمهورية العربية السورية

وزارة التعليم العالي

جامعة تشرين

كلية الاقتصاد

قسم الإحصاء والبرمجة

اختصاص السكان والتنمية



أثر تطبيق نظام الضمان الصحي على التنمية الاجتماعية في سورية

بحث أعد لنيل درجة الماجستير في السكان والتنمية

إعداد

رنا ابراهيم الدعبول

إشراف

الدكتور فواز حيدر
أستاذ مساعد في قسم طب الأسرة والمجتمع
كلية الطب ـ جامعة تشرين

الدكتور محمد عكروش
أستاذ مساعد في قسم الإحصاء والبرمجة
كلية الاقتصاد ـ جامعة تشرين

٢٠١١م

أثر تطبيق نظام الضمان الصحي على التنمية الاجتماعية في سورية

الفهرس

١- مقدمة :

يواجه تأمين الرعاية الصحية في العالم كله الكثيـر مـن المتغيـرات،ولاسـيما المتغيـرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية، الأمر الذي يستوجب الاستعداد المدروس لمواجهتهـا وفـق منهجية علمية منطقية وتطبيقية ،حيث ارتفعت تكاليف الخدمات الصحية، وأصبح العالم ينفـق سنوياً أكثر من تريليون دولار على الخدمات الصحية، ويتجدد رأسمال المشـفى كـل ثـلاث سنوات، بحيث تبلغ سنوياً تكلفة تشغيل المستشفى ثلث رأسماله ،مما حدا بالدول للبحـث عـن بدائل لتمويل الخدمات الصحية والمحافظة على جودتها والسعي لتطويرهـا، فكـان التـأمين الصحي الذي يرجع تاريخه في البلدان الصناعية إلى الأيام التي كانت هذه البلدان ،مـا تـزال بلداناً نامية ،حيث كان يطبق الضمان الصحي الطوعي وارتبط بصـفة أساسـية مـع تـأمين الحوادث الشخصية .أما في ألمانيا فقد أقيم أول مشروع للتأمين الإلزامي عام ١٨٨٣ ،وأُجبـر أرباب العمل والعمال على دفع التكاليف بخطط مختلفة، منها دفع التكاليف أو نفقـات الطبيـب والعقاقير، أو دفع أجور الأطباء ،وجاءت آخر مراحل تطور التأمين في أوروبا عقب الحـرب العالمية الثانية. وفي الوقت الحاضر، فإن الضمان الصحي يشمل جميع أشكال الرعاية الطبيـة التشخيصية والعلاجية والجراحية، والخدمات الفردية الوقائية للمشتركين ،وبما أنه يعطي للهيئة المشرفة عليه صلاحيات واسعة، للتعاقد مع المؤسسـات التشخيصـية والعلاجيـة والتأهيليـة الموثوقة، والأطباء العامين وأطباء الأسنان، والاختصاصين وغيرهم . فـإن الإسـراع فـي تطبيقه يعتبر مطلباً ملحاً لجميع شرائح المجتمع ،من موظفين في قطاع عام أو خاص، أومـن المتقاعدين مقابل اشتراك بسيط وميسر ومحدد لا يمكن تجاوزه.

٢- مشكلة البحث :

إن سورية تواجه ضغوطا اقتصادية كبيرة، فمعدل النمو السكاني يعتبر من المعدلات المرتفعة في المنطقة ونصيب الفرد من الدخل الوطني يقل عن نصيب الفرد في معظم الدول العربية ، وهذا مايتطلب تقديم خدمات صحية جيدة وتوفير موارد اقتصادية كبيرة ، وهذا مايتيحه تطبيق نظام الضمان الصحي، الذي ينعكس إيجابيا على التنمية الاجتماعية ، والمشكلة تكمن في أن تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية ،يعاني من عدة صعوبات وعراقيل ،وسنحاول في هذا البحث اقتراح حلول لتذليل تلك الصعوبات .

٣- أهمية البحث :

تنبع أهمية البحث من أن تطبيق نظام الضمان الصحي له انعكاسات اجتماعية واقتصادية وسياسية على المجتمع ، فالضمان الصحي له فوائد كثيرة في حال تطبيقه، ويساهم في تقدم المجتمع وتطوره بما في ذلك تحسين المستوى الصحي العام وترشيد الإنفاق، علماً بأن الضمان الصحي قد تم تطبيقه على عدة مؤسسات في الدولة منها وزارة التربية، وسنورد في بحثنا هذا تغطية الضمان الصحي لشريحة المعلمين في سورية ، وسنسعى لبيان الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها الضمان الصحي، ومحاولة توقع الأثر الناتج عن تطبيقه على التنمية الاجتماعية في سورية .

٤- أهداف البحث :

يهدف البحث إلى مايلي :

- إعطاء صورة واضحة عن مفهوم الضمان الصحي .
- تقدير المبالغ المترتبة على المواطن وتحديد الأمراض التي يشملها الضمان الصحي.
- إيجاد البنية التحتية لتطبيق القانون واستعراض أهداف الضمان الصحي.
- اقتراح آلية لتطبيق نظام الضمان الصحي في سورية.
- البحث في العلاقة بين تطبيق الضمان الصحي والتنمية الاجتماعية في سورية .

٥- فرضيات البحث :

١- إن تطبيق نظام الضمان الصحي يؤثر بشكل ايجابي على التنمية الاجتماعية في سورية .

٢- يسهم تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية في خفض معدل الوفيات .

٣- يؤثر تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية بشكل بسيط لا يذكر على المستوى المادي للأسرة .

٤- ينعكس تطبيق نظام الضمان الصحي إيجابا على المستوى الصحي في سورية.

٦- منهج البحث :

إن المنهج المستخدم في الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي ،وذلك لدراسة نظام الضمان الصحي، حيث يتم عرض آلية تطبيقه ومنعكساته على التنمية الاجتماعية في سورية .

٧- مصطلحات البحث :

كلمتا التأمين والضمان مترادفتان والمعنى واحد لهما ،فإذا وردت أي كلمة منهما فهي تعني المعنى ذاته .

٨- مجتمع البحث: هو شرائح المجتمع السوري بحسب الفئات العمرية .

٩- الحدود الزمانية والمكانية للبحث : الحدود الزمانية للبحث عام ٢٠١٠ والمكان هو الجمهورية العربية السورية.

١٠-الدراسات السابقة :

١-التأمين الصحي- مقدمة وتعاريف :

البرعي ، محمد بن حسين ، ٢٠٠٨ ، بحث بعنوان التأمين الصحي - مقدمة وتعاريف.

إن موضوع التأمين بوجه عام والتأمين الصحي بوجه خاص ليس من المواضيع العصرية الجديدة التي ليس لها تاريخ في الماضي .فقد عرف "التأمين التعاوني" منذ عهد البابليين بين عامي ٣٠٠٠-٤٠٠٠ قبل الميلاد ، وارتبط مفهوم التأمين بمبادئ التعاون والتكافل ارتباطا وثيقا منذ القدم ،وتطور هذا المفهوم مع تطور الإنسان اقتصاديا واجتماعيا وصناعيا ،حتى أصبح التأمين حاليا صناعة ضخمة عالمية لها تأثيراتها المالية والاقتصادية والاجتماعية ولايمكن لأي دولة مهما بلغت درجة قوتها الاقتصادية والاجتماعية ،أن تساهم في النمو والتطور الاقتصادي العالمي بدون وجود فعال لصناعة التأمين بها .ويعتبر التأمين الصحي أحد أهم أنواع التأمين وأكثره ارتباطا وحساسية بأفراد المجتمع ومنظماته تعرضا للخسائر، وذلك في ظل عدم فهم وإدراك لمفاهيم ومتطلبات وقواعد وأسس وخصائص التامين وفي بحثه هذا ركز على مفهوم التامين وأهدافه وخصائصه، والمفاهيم العامة للتأمين الصحي وفوائده وأنواع ،ونماذج ونظم التامين الصحي المطبقة عالميا بالإضافة إلى مزايا التأمين الصحي .

٢ -التأمين الصحي- الواقع والمأمول :

الدريس ،عبد اللطيف ،٢٠٠٤.بحث مقدم في ندوة التامين الصحي التعاوني بعنوان :التامين الصحي - الواقع والمأمول .

وقد تناول د. عبد اللطيف في بحثه مواضيع هامة ومتعددة كأنواع التأمين ،والعناصر الأساسية له، وتكلم عن مشروعية الضمان الصحي التعاوني، بالإضافة إلى أهداف الضمان الصحي

والشريحة السكانية المستفيدة ،وتحدث أيضاً عن التغطية التأمينية الصحية الأساسية من تطعيمات للأطفال حتى سن الالتحاق بالمدرسة ،وكذلك الكشف الطبي والعلاج في العيادات، وتكاليف الأدوية والفحوصات المخبرية والشعاعية الضرورية وأمراض اللثة والأسنان وخدمات أخرى ، كما تناول في بحثه أيضا مسؤولية التغطية التأمينية وموعد انتهاء تلك التغطية، وشروط ممارسة أعمال التأمين الصحي وشروط تقديم الخدمات الصحية بأن يكون مرفق الرعاية الصحية مرخصا من قبل وزارة الصحة، ومعتمدا من الأمانة العامة لتقديم خدمات الضمان الصحي ،واستيفاء الحد الأدنى من متطلبات الجودة ، وفي نهاية بحثه خلص إلى بعض الأمور المأمولة من تطبيق نظام الضمان الصحي، كتحقيق العدالة الصحية للمواطنين، ورفع مستوى جودة الخدمات الصحية بالقطاع الحكومي والخاص، بالإضافة إلى تفعيل دور الرعاية الصحية الأولية. وتخفيف الضغط على مرافق الدولة الصحية، وكذلك الترشيد في الإنفاق الحكومي على تشغيل أو استحداث المرافق الصحية، وأيضا زيادة موارد تمويل الخدمات الصحية وخلق فرص وظيفية جديدة .

٣–التامين الصحي –نظرة مستقبلية :

د.ديواني ،هشام –٢٠٠٦،بحث بعنوان التأمين الصحي نظرة مستقبلية . ملتقى دمشق التأميني الثاني ١٣–١٤ تشرين الثاني ٢٠٠٦ .

وتحدث د.ديواني عن تاريخ التامين الصحي الطويل ،فقد أقيم أول مشروع للتامين الإلزامي في ألمانيا عام ١٨٨٣ ،وجاءت آخر مراحل تطور التأمين في أوروبا عقب الحرب العالمية الثانية، وقد عرض ضمن بحثه مفهوم الضمان الصحي وتحدث عن أدوار الصحة وفقاً للدستور والمراسيم التشريعية، وهي عبارة عن الدور الرقابي والوقائي والعلاجي لجميع المواطنين السوريين ومن في حكمهم المتواجدين على أراضي سورية، واعتبر أن التحدي الرئيسي الذي تواجهه النظم الصحية، يكمن في تأمين المستوى المناسب من التمويل لمواكبة تصاعد تكاليف الخدمات الصحية، وهذا أدى إلى ضعف دور الحكومة في مجال تمويل الرعاية الصحية الكاملة وتقديمها للمواطنين، لذا ينبغي إعداد النظم الصحية إعداداً جيداً لتنفيذ الأهداف الرئيسية المتمثلة في تحسين صحة السكان والاستجابة لاحتياجاتهم، والحد من التفاوت الصحي، وتأمين تمويل مناسب للرعاية الصحية، وهذا الإعداد يتطلب الإدارة الجيدة والتحليل الاقتصادي وإصدار التشريعات الصحية لخدمة الأنشطة المشتركة بين القطاعين العام والخاص، وضمان الجودة والانسجام بين التنمية الصحية، وبين التنمية الشاملة بمافي ذلك المحددات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية للصحة والتنمية والتامين الصحي باعتباره الأكثر عدالة واستمرارا، وقد تطرق أيضا في هذا البحث إلى أهداف التأمين الصحي من تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي، وتوفير مصدر للتمويل وترشيد الإنفاق، و تحسين الكفاءة وغيرها من

الأهداف ،كما عرض أيضا نماذج من النظم الصحية التأمينية في المملكة المتحدة، والولايات المتحدة وبأنه علينا استخلاص العبر من التجارب الفاشلة والتجارب الناجحة في التأمين، ففي الوقت الذي لم يسفر فيه التأمين عن أية آثار سيئة في بعض البلدان مثل الدانمرك، والنرويج، والمملكة المتحدة، حصل هناك تصاعد حاد في التكاليف في بعض الدول مثل فرنسا، وألمانيا، والولايات المتحدة .

الفصل الأول : الواقع السكاني والصحي في سورية:

- **المبحث الأول: الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للسكان في سورية :**

1-1-1-النمو السكاني.

1-1-2- التركيب العمري للسكان.

1-1-3- التوزع الجغرافي للسكان .

1-1-3-1- توزع السكان حسب المحافظات.

1-1-3-2 -النمو السنوي للسكان حسب المحافظات.

1-1-3-3 -التحضر.

- **المبحث الثاني: الواقع الصحي في سورية:**

1-2-1- مؤشرات مختلفة عن الصحة.

1-2-2- الصعوبات (المشكلات)التي تواجه القطاع الصحي في سورية.

1-2-3- التخطيط الاستراتيجي للسياسة الصحية في سورية.

مقدمة:

يعد التأمين الصحي من المسائل الهامة والمطروحة للنقاش في جميع بلدان العالم،

وهناك الكثير من الدراسات التي تهدف إلى تطوير الضمان الصحي في العديد من الدول. نظراً للعلاقة الواضحة بين السكان والصحة ،لذلك فقد تناولت في هذا الفصل الواقع السكاني،من حيث نموه والتركيب العمري، والتوزع الجغرافي للسكان ، وفي البحث الثاني عرضت للواقع الصحي ومايعتريه من سلبيات،بالإضافة إلى الصعوبات التي تواجه هذا القطاع ، ومشكلة تمويل الخدمات الصحية والتخطيط الاستراتيجي للسياسة الصحية في سورية .

<u>المبحث الأول:</u> الخصائص الديموغرافية والاجتماعية للسكان في سورية :

تكتسب دراسة الخصائص الديموغرافية للسكان أهمية خاصة ، فهي توضح الأساس الاجتماعي لعملية التنمية الاقتصادية و الاجتماعية، وتُعَدُّ المنطلق الرئيسي في وضع البرامج والخطط التنموية والاجتماعية.كما تعطي وصفا دقيقا للمجتمع السكاني من خلال رصد عدد السكان، ومعدل نموهم وتركيبهم العمري والنوعي وحجم القوة البشرية، ومعدل الولادات، ومعدل الوفيات ،وما إلى ذلك من متغيرات ديموغرافية .

وتؤدي دراسة الخصائص الديموغرافية إلى استخلاص عدد من المقاييس والمؤشرات الديموغرافية التي تصف ملامح المجتمع السكاني، مما يعطينا فرصة لمقارنة المجتمعات السكانية بعضها بالبعض الأخر، كما تتيح لنا هذه المقاييس معرفة العوامل المحددة للتغير السكاني وتركيبها وأنماط توزيعها، مما يفيد بدرجة كبيرة في التنبؤ بالعديد من الظواهر الديموغرافية ،ويساهم في فهم المتغيرات السكانية والتأثير عليها مستقبلا.

<u>1-1-النمو السكاني :</u>

يتصف المجتمع السكاني أياً كان بحركة مستمرة ودائمة هي نتاج عوامل ديموغرافية ثلاثة (الولادات، والوفيات، والهجرة)، وحركة تلك العوامل زيادة أو نقصاناً تؤثر في النمو السكاني حيث لا وجود لمجتمع سكاني ساكن.

ويشير النمو السكاني، كمفهوم ديموغرافي، إلى التغير السكاني الذي يعني زيادة عدد السكان أو تناقصهم، وهو يمثل التغير الذي يطرأ على عدد السكان في مجتمع معين زيادة أو نقصاناً في سنة معينة بالمقارنة مع عددهم في السنة السابقة .

ويحسب النمو السكاني، في حال استبعاد أثر الهجرة، عن طريق حساب الفرق بين أعداد المواليد وأعداد الوفيات، ويطلق عليه في هذه الحالة الزيادة الطبيعية للسكان .

ومن البديهي القول إن أي تغير سكاني نحو الزيادة في بلد معين وخلال فترة زمنية معينة هو نتيجة زيادة عدد الولادات عن عدد الوفيات ، مضافاً إليه ناتج الهجرة إلى البلد خلال نفس الفترة .

كما أن أي تغير سكاني نحو النقص في بلد معين وخلال فترة زمنية معينة، هو نتيجة زيادة عدد الوفيات عن عدد الولادات خلال تلك الفترة . بالإضافة إلى النقص الناتج عن الهجرة من ذلك البلد خلال نفس الفترة. وتُعَدُّ الولادات العامل الأهم في ظاهرة النمو السكاني، حيث أن أعداد الوفيات اتجهت نحو الانخفاض في أغلب دول العالم، وأن عملية الهجرة تتم بحدود ضيقة مما يقلل من أهميتها في دراسة النمو السكاني .

أما الولادات فما زالت متباينة من مجتمع لآخر نظراً لاختلاف العوامل المؤثرة فيها، ولذلك فهي تُعَدُّ العامل الأهم في تباين مستويات النمو السكاني .

والجدول رقم (١ -١) يبين عدد السكان وبحسب الجنس الذين تواجدوا في الجمهورية العربية السورية بتاريخ التعدادات السكانية للأعوام (١٩٦٠-١٩٧٠-١٩٩٤-٢٠٠٤) وتقدير عددهم في منتصف أعوام (٢٠٠٥-٢٠٠٩) بالألف

السنوات	ذكور	إناث	مجموع
١٩٦٠	٢٣٤٤	٢٢٢١	٤٥٦٥
١٩٧٠	٣٢٣٣	٣٠٧٢	٦٣٠٥
١٩٨١	٤٦٢٢	٤٤٢٤	٩٠٤٦
١٩٩٤	٧٠٤٩	٦٧٣٣	١٣٧٨٢
١٩٩٥	٧٣٠٦	٩٦٧٩	١٤٢٨٥
١٩٩٦	٧٥٠٣	٧١٦٧	١٤٦٧٠
١٩٩٧	٧٧٠٦	٧٣٦٠	١٥٠٦٦
١٩٩٨	٧٩١٤	٧٥٥٩	١٥٤٧٣
١٩٩٩	٨١٢٨	٧٧٦٣	١٥٨٩١
٢٠٠٠	٨٣٤٣	٧٩٧٧	١٦٣٢٠
٢٠٠١	٨٥٥٢	٨١٦٨	١٦٧٢٠
٢٠٠٢	٨٧٦٣	٨٣٦٧	١٧١٣٠
٢٠٠٣	٨٩٧٩	٨٥٧١	١٧٧٥٠
٢٠٠٤	٩١٦١	٨٧٦٠	١٧٩٢١
٢٠٠٥	٩٣٤٠	٨٩٢٩	١٨٢٦٩
٢٠٠٦	٩٥٦٣	٩١٥٤	١٨٧١٧
٢٠٠٧	٨٧٩٨	٩٣٧٤	١٩١٧٢
٢٠٠٨	١٠٠٤٢	٩٦٠٢	١٩٦٤٤
٢٠٠٩	١٠٢٨٧	٩٨٣٨	٢٠١٢٥

المصدر : المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٣ ،الجدول رقم ٢/١٠ .

- تم تقدير السكان في منتصف أعوام (١٩٩٥-٢٠٠٠) وفق معدل النمو ٢.٧ % وللأعوام (٢٠٠٠-٢٠٠٣) وفق معدل النمو (٢.٤٥ %) .
- المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩ .الجدول رقم ٢/١٠ .

نلاحظ من الجدول رقم (١-١) أن عدد سكان سورية قد ارتفع من (٤٥٦٥) ألف نسمة عام ١٩٦٠ إلى (٦٣٠٥) ألف نسمة عام ١٩٧٠ ، وإلى (٩٠٤٦) ألف نسمة عام ١٩٨١ ، ووصل إلى (١٣٧٨٢) ألف نسمة عام ١٩٩٤ .وتشير النتائج الأولية للتعداد العام للسكان لعام ٢٠٠٤ ، إلى أن عدد سكان سورية في عام ٢٠٠٤ بلغ (١٧٧٩٣) ألف نسمة ،وهذا يعني زيادة مطلقة مقدارها (١٣٢٢٨) ألف نسمة في غضون ٤٤ عاماً .

كما نلاحظ من الجدول أن عدد سكان سورية ارتفع بشكل طفيف من (١٨٢٦٩) ألف نسمة عام ٢٠٠٥ ،إلى (١٨٧١٧) ألف نسمة عام ٢٠٠٦ ،إلى (١٩١٧٢) ألف نسمة عام ٢٠٠٧ إلى (١٩٦٤٤) ألف نسمة عام ٢٠٠٨ ،ليصل إلى (٢٠١٢٥) ألف نسمة في منتصف عام ٢٠٠٩.

ونلاحظ أن معدل النمو السكاني في سورية قد حافظ تقريباً على مستواه المرتفع خلال الفترة المدروسة ، فقد بلغ (٣٢.٨) بالألف بين عامي ١٩٦٠-١٩٧٠ وارتفع إلى (٣٣.٤) بالألف بين عامي ١٩٧٠-١٩٨١ .

وهذا مايظهر في الجدول رقم (١-٢) الذي يوضح تغير معدلات النمو السكاني في سورية خلال الفترة (١٩٦٠-٢٠٠٩) .

جدول رقم (١-٢)

تغير معدلات النمو السكاني في سورية خلال الفترة (١٩٦٠-٢٠٠٩)

الفترة	معدل النمو السكاني
١٩٦٠-١٩٧٠	٣٢.٨
١٩٧٠-١٩٨١	٣٣.٤
١٩٨١-١٩٩٤	٣٢.٩
١٩٩٥-٢٠٠٣	٢٧.٣
١٩٩٤-٢٠٠٤	٢٥.٨
٢٠٠٤-٢٠٠٥	١٩.٤١
٢٠٠٥-٢٠٠٦	٢٤.٥٢
٢٠٠٦-٢٠٠٧	٢٤.٣٠
٢٠٠٧-٢٠٠٨	٢٤.٦١
٢٠٠٨-٢٠٠٩	٢٤.٤٨

نلاحظ من الجدول السابق رقم (٢) أن معدل النمو السنوي للسكان في سورية انخفض بشكل طفيف ليبلغ (٣٢.٩) بالألف بين عامي ١٩٨١-١٩٩٤ ،ثم تابع انخفاضه ليصل إلى (٢٧.٣) بالألف بين عامي ١٩٩٥-٢٠٠٣ . و يشير المكتب المركزي للإحصاء إلى أن معدل النمو السنوي للسكان قد بلغ (٢٥.٨) بالألف خلال الفترة (١٩٩٤-٢٠٠٤)، ونلاحظ أيضا أن معدل النمو السكاني استمر بالانخفاض حيث بلغ (٢٤.٤٨) بالألف بين عامي ٢٠٠٨-٢٠٠٩.

وإذا استمر النمو السكاني مستقبلاً بمعدله الحالي (٢٤.٥) بالألف ، فان عدد السكان سوف يتضاعف في سورية كل (٢٨.٨) سنة تقريباً ، وهي فترة قصيرة وغير كافية لتنمية مواردها أو ربما المحافظة على مستواها الاقتصادي والاجتماعي ، وان مثل هذا الوضع يفرض علينا العديد من الآثار السلبية والايجابية على العديد من المتغيرات الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية ويعتبر النمو السكاني في سورية من بين المعدلات العالية إذا ماقورن بمثيله في الدول المتقدمة والدول النامية ، كما تشير بيانات تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٥ الواردة في الجدول التالي.

جدول رقم (١-٣)

المعدلات السنوية للنمو السكاني في بعض الدول المتقدمة والنامية والعالم

للفترة (١٩٨١-٢٠٠٤)

البيان	معدل النمو السنوي للسكان بالألف
سورية	٣١
الدول المتقدمة	٧
الدول النامية	١٨
الدول العربية	٢١
العالم	١٦

UNDP ,2004 ,Human Development Report ,PD ,152-155

نلاحظ من الجدول ،أن المعدل السنوي المنخفض للسكان كان يشاهد في الدول التي حققت مستوى متقدماً في تنميتها البشرية ، وأن المعدل المرتفع كان يشاهد في الدول التي لم تحقق المطلوب حتى الآن في تنمية مواردها البشرية ، وأن معدل النمو السنوي للسكان في سورية يعتبر من المعدلات المرتفعة ، ويعتقد أن ارتفاع معدل النمو السكاني في سورية خلال الفترة الماضية يعود للأسباب التالية : (١)

- ثبات المعدلات المرتفعة للولادات وبشكل خاص في المناطق الريفية رغم ميلها للانخفاض في الفترة الأخيرة .
- الانخفاض الحاد في معدلات الوفيات بسبب تطور الوضع الاقتصادي وتحسين مستوى الخدمات الصحية ، وزيادة الوعي الاجتماعي ، وتطور بعض الخدمات الأخرى ، وقد انعكس ذلك بشكل واضح على معدل الوفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخمس السنوات وكذلك بقية الفئات العمرية .

وإذا كان ارتفاع معدل النمو السكاني خلال الفترة (١٩٦٠-١٩٩٥) يعود إلى الارتفاع الكبير في مستوى الخصوبة والانخفاض في مستوى الوفيات ، وبالتالي اتساع الفجوة بينهما ، مما أدى إلى ارتفاع معدلات الزيادة الطبيعية للسكان .وبالتالي فان تراجع معدل النمو السكاني إلى حدود معتدلة خلال النصف الثاني من الثمانينات والتسعينات ، يعود إلى الانخفاض الحاد في مستوى الخصوبة بسبب التحولات الاجتماعية والاقتصادية التي يشهدها المجتمع السوري منذ مطلع السبعينات،وكان في مقدمتها انخفاض نسبة الأمية عند المرأة ،وارتفاع نسبة مساهمتها في النشاط الاقتصادي ،واستخدام وسائل تنظيم الأسرة ، والتي ظهرت آثارها بشكل واضح في هذه الفترة ، وأدت بعد ذلك إلى انخفاض ملموس في معدل النمو السكاني .

ومن العوامل المؤثرة في النمو السكاني والتي سندرسها في بحثنا :

- الخصوبة
- الوفيات

١- خوري ،عصام -١٩٩٨ ، العلاقات المتبادلة بين المتغيرات الاقتصادية والديمغرافية في الجمهورية العربية السورية -ورقة مقدمة إلى ورشة العمل التي يقيمها مركز الدراسات السكانية بالتعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان حول السكان والتعليم وسوق العمل ،دمشق ، ٤-٥/١١/١٩٩٨ ، ص ٣-٤

١-١-١-١-الخصوبة :

تعد الخصوبة من أهم عوامل النمو السكاني التي تعكس أنماط السلوك الإنجابي السائد في المجتمع وأكثرها تأثيرا على حجم السكان ،وتتأثر الخصوبة بالأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة في الأسرة والمجتمع، وهي تلعب دوراً أساسيا في تشكيل معدل النمو السكاني بشكل عام .

ولقياس ظاهرة الخصوبة في المجتمع تستعمل عدة مقاييس ، ولكن في بحثنا سنركز على مقياسين هما :

معدل المواليد الخام ، ومعدل الخصوبة الكلية (١) .

١- معدل المواليد الخام :

يعرف معدل المواليد الخام بأنه النسبة بين عدد المواليد الأحياء في سنة معينة ومجموع السكان في منتصف السنة ويضرب الناتج بألف ، وهو من أبسط المقاييس وأكثرها شيوعا واستخداما،إلا أنه لا يميز بين السكان الذكور والسكان الإناث ، ولا يميز بين الإناث القادرات على الحمل أو اللواتي لسن بقادرات عليه . كما أنه لا يأخذ بعين الاعتبار التركيب العمري للسكان .

١-الكسواني ، ممدوح ،١٩٨٦-الإحصاء السكاني ،مطبعة طربين ، دمشق ، ص١١٥

ويظهر فيما يلي نتائج التعدادات العامة للسكان والمسوح السكانية التي أجريت في سورية خلال الفترة (١٩٧٠ – ٢٠٠٨) وذلك من خلال الجدول رقم (١ -٤):

جدول رقم (١-٤)

تطور معدل المواليد الخام في سورية خلال الفترة (١٩٧٠-٢٠٠٨)

السنوات	معدل المواليد الخام بالألف	السنوات	معدل المواليد الخام بالألف
١٩٧٠	٤٨	٢٠٠١	٢٩.٦
١٩٨١	٣٩	٢٠٠٢	٢٩.٠
١٩٩٠	٤٣	٢٠٠٣	٢٨.٣
١٩٩٤	٣٤.٣	٢٠٠٤	٢٧.٤
١٩٩٧	٣٢.٢	٢٠٠٥	٢٥.٣
١٩٩٩	٣٠.٤	٢٠٠٦	٢٧.٨
٢٠٠٠	٣٠.٠	٢٠٠٧	
		٢٠٠٨	٣٤.٧

المصدر:

United Nation, world population prospects: The 2004 revision Department of Economic ,New York 2005.

المجموعات الإحصائية: ٢٠٠٦, ٢٠٠٧, ٢٠٠٨

ونلاحظ من الجدول السابق، أن معدل المواليد الخام بلغ (٤٨) بالألف عام ١٩٧٠ وبدأ بالانخفاض ليصل إلى (٣٩) بالألف عام ١٩٨١ ، وتشير المعطيات الإحصائية الصادرة عن البنك الدولي لعام ٢٠٠٤ إلى أنّ معدل المواليد الخام في سورية قد انخفض إلى (٢٩) بالألف عام ٢٠٠٢ ، وتابع انخفاضه إلى (٢٧.٤) بالألف عام ٢٠٠٤ .

كما نلاحظ أن معدل المواليد الخام في سورية سجل انخفاضا ملحوظا في الفترة (١٩٧٠-٢٠٠٥) من (٤٨) بالألف عام ١٩٧٠ إلى (٢٥.٢٩) بالألف عام ٢٠٠٥.ويعود هذا الانخفاض

إلى التغيرات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية على أحوال السكان، ولاسيما لدى الإناث حيث يرتفع المستوى التعليمي والثقافي لديهن بصورة أصبحت أكثر استجابة لتنظيم الأسرة وتقليل عدد الأطفال بهدف تأمين متطلباتهم الأساسية في ظل الوضع الاقتصادي، أما في عام ٢٠٠٦ فقد بلغ معدل المواليد الخام (٢٧.٨) بالألف، وفي عام ٢٠٠٨ ارتفع معدل المواليد الخام ووصل إلى ٣٤.٧ بالألف .

وتتفاوت معدلات المواليد من مجتمع لآخر كما أنها تتوقف على معدلات الخصوبة، حيث يعتبر معدل المواليد الذي يقل عن (٢٠) بالألف منخفضا وطبقا لذلك نجد أن سورية تعد من البلدان ذات المواليد المرتفعة حتى عام ٢٠٠٥ .

والجدول رقم (١–٥) يظهر معدلات المواليد الخام في عدد من دول العالم لعام ٢٠٠٢ .

جدول رقم (١ – ٥) :

معدلات المواليد الخام في عدد من دول العالم لعام ٢٠٠٢ بالألف

الدولة	معدل المواليد الخام	الدولة	معدل المواليد الخام
الجزائر	٢٢	كندا	١١
المغرب	٢١	ألمانيا	٩
سورية	٢٩	فرنسا	١٣
اليمن	٤١	اليابان	٩
سيراليون	٤٤	اسبانيا	١٠
الأردن	٢٨	روسيا	١٠
أوغندا	٤٤	أمريكا	١٤
مصر	٢٤	العالم	٢١
نيجيريا	٣٩	الدول منخفضة الدخل	٢٩
الهند	٢٤	الدول المتوسطةالدخل	١٧
الباكستان	٣٣	الدول العالية الدخل	١٢

المصدر

:The world Bank 2004- world Development Indicators .pp.38-41

نلاحظ من الجدول رقم (١–٥) أن معدل المواليد الخام مرتفع في سورية وفي الدول المنخفضة الدخل حيث بلغ (٢٩) بالألف، بينما في الدول المتوسطة الدخل (١٧) بالألف

والدول العالية الدخل (١٢) بالألف أي نلاحظ أن معدل المواليد الخام يرتفع بانخفاض الدخل وينخفض بارتفاعه .

٢-معدل الخصوبة الكلية :

يعد هذا المؤشرمن أهم المقاييس الدالة على مستوى الخصوبة في مجتمع من المجتمعات، وهو المقياس الأكثر انتشارا و استعمالا في الدراسات السكانية المتنوعة، ويعرف معدل الخصوبة الكلية في سنة معينة بأنه : متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم امرأة افتراضية واحدة خلال حياتها إذا مرت في كل سنة من عمرها بتجربة الخصوبة الخاصة بالفئة العمرية المعينة في تلك السنة . لهذا فان معدل الخصوبة الكلية يستخرج من معدلات الخصوبة العمرية بأخذ مجموع هذه المعدلات بعد ضرب كل منها ب ٥ (طول الفئة العمرية بالسنوات) وقسمة الناتج على ١٠٠٠ [١]. و الجدول رقم (١-٦) يبين معدلات الخصوبة الكلية في سورية بدءاً من عام ١٩٧٠ حتى عام ٢٠٠٦ .

جدول رقم (١-٦)

معدل الخصوبة الكلية في سورية لعدة أعوام

المصدر	معدل الخصوبة الكلية	مقدار التغير عن سنة الأساس ١٩٧٠	نسبة التغير في معدل الخصوبة بالنسبة لسنة الأساس
التعداد العام للسكان ١٩٧٠	٧.٧	-	-
مسح الخصوبة العالمي ١٩٧٨	٧.٥	- ٠.٢	- ٢.٦ %
التعداد العام للسكان ١٩٨١	٦.٨	- ٠.٩	- ١١.٨ %
المسح الديموغرافي المتكامل لعام ١٩٩٣	٤.٢	- ٣.٥	- ٤٥.٥ %
نتائج مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠١	٣.٨	- ٣.٩	- ٥٠.٦ %
التعداد العام للسكان ٢٠٠٤	٣.٦	- ٤.١	- ٥٣.٢ %
إحصائيات منظمة اللجنة الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتحدة ٢٠٠٦	٣.٦	- ٤.١	- ٥٣.٢ %

١-الأشقر ،أحمد ، ١٩٩٠ -علم السكان .منشورات جامعة حلب ، ص ٦٦.

نلاحظ من الجدول رقم (١-٦) السابق أن معدل الخصوبة الكلية في سورية يميل للانخفاض بشكل مستمر، وكان هذا الانخفاض بطيئا خلال الفترة (١٩٧٠-١٩٨١) حيث بلغت نسبة الانخفاض (١١.٨ %)بالنسبة لسنة الأساس ،إلا أن انخفاضه كان واضحا وكبيراً خلال الفترة (١٩٨١ - ٢٠٠٥) ،ووصلت نسبة الانخفاض إلى (٥٣.٢%) في عام ٢٠٠٤ بالنسبة لسنة الأساس . ورغم أن الخصوبة في المجتمع هي ظاهرة بيولوجية إلا أنها تتأثر بالعديد من العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي يتصف بها هذا المجتمع، وبشكل عام تتباين معدلات الخصوبة الكلية حسب مكان الإقامة والمستوى التعليمي للمرأة ،ووفقا لنتائج التعدادات العامة للسكان ونتائج المسوح الخاصة بظاهرة الخصوبة ،تبين أن معدل الخصوبة الكلية أعلى في الريف مقارنة بالحضر . والجدول رقم (١-٧) يبين معدل الخصوبة الكلية في سورية لعدة سنوات حسب مكان الإقامة .

جدول رقم (١-٧)

معدل الخصوبة الكلية في سورية لعدة سنوات حسب مكان الإقامة

السنة	مكان الإقامة		
	حضر	ريف	مجموع
١٩٧٠	٦	٨.٧	٧.٧
١٩٨١	٥.٧	٨.٣	٦.٨
١٩٩٣	٣.٥	٥.٠	٤.٢
١٩٩٤	٣.٣	٤.٤	٣.٩
٢٠٠١	٣.٤	٤.١	٣.٨
٢٠٠٤	٣.٢	٤.١	٣.٦

المصدر :بالنسبة لأعوام (١٩٧٠-١٩٨١-١٩٩٤) التعدادات العامة للسكان

- بالنسبة لأعوام ١٩٩٣-٢٠٠١ المجموعة الإحصائية لعامي (١٩٩٤-٢٠٠٢)
- بالنسبة لعام ٢٠٠٤ النتائج الأولية للتعداد العام للسكان ٢٠٠٤ ، ص ٩ .

و إذا نظرنا إلى الجدول السابق نلاحظ مدى تأثير مكان الإقامة في معدل الخصوبة الكلية ،فعلى سبيل المثال نجد في عام ٢٠٠١ أن معدل الخصوبة الكلية قد بلغ (٣.٤) طفل في الحضر مقابل (٤.١) طفل في الريف ، وهذا يشير إلى أن السلوك الإنجابي للنساء في الحضر نظرا لاختلاف العوامل الاقتصادية والاجتماعية والثقافية التي تتميز بها المجتمعات الحضرية عن المجتمعات الريفية . والواقع أن التباين في مستوى الخصوبة بين الحضر والريف يمكن أن يعزى إلى مجموعة من الخصائص الاجتماعية التي تتميز بها المجتمعات الحضرية عن المجتمعات الريفية ، فالنساء في الحضر أكثر استعمالا لوسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة .كما أن تأثير العادات والتقاليد في سلوك النساء الحضريات غير فعال نسبيا وليس ذا أهمية كبيرة بالمقارنة مع ماهو عليه الحال لدى النساء الريفيات . وكل ذلك يجعل الخصوبة في الحضر أقل منها في الريف . أما المستوى التعليمي للمرأة فيعتبر أحد العوامل المؤثرة في الخصوبة ، فمع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة يميل معدل الخصوبة الكلية للانخفاض بشكل واضح . إلا أنه وعلى الرغم من انخفاض معدل الخصوبة الكلية في سورية، إلا أنه لايزال مرتفعا مقارنة مع الدول المتقدمة ،وقريبا من مثيله في بعض الدول النامية . ومما سبق نستنتج أن المجتمع السوري واحد من أكثر دول العالم ارتفاعا في معدل الخصوبة الكلية . وهذا مايظهره الجدول رقم (١-٨) التالي :

جدول رقم (١-٨)

معدل الخصوبة الكلية في عدد من دول العالم بين عامي (١٩٧٠- ١٩٧٥)

وتوقعاتها بين عامي (٢٠٠٠ - ٢٠٠٥)

الدولة	معدل الخصوبة الكلية		الدولة	معدل الخصوبة الكلية	
	١٩٧٠-١٩٧٥	٢٠٠٠-٢٠٠٥		١٩٧٠-١٩٧٥	٢٠٠٠-٢٠٠٥
الجزائر	٧.٤	٢.٨	اليابان	٢.١	١.٣
الأردن	٧.٨	٣.٦	فرنسا	٢.٣	١.٩
الكاميرون	٦.٣	٤.٦	الدول المنخفضة الدخل	٤.٥	٢.٧
مصر	٥.٧	٣.٣	الدول المتوسطة الدخل	٤٥.٩	٣.٧
الهند	٥.٤	٣.٠	الدول العالية الدخل	٤.٥	٢.١

سورية	٧.٥	٣.٣	العالم	٢.٢	١.٧

المصدر: UNDP ,2004 –Human Development Report , pp, 152-155

نلاحظ من الجدول السابق رقم (١–٨) أن معدل الخصوبة الكلية في سورية بين عامي (٢٠٠٠ ، ٢٠٠٥) بلغ (٣.٣ %) أي على الرغم من انخفاضه عن الفترة بين عامي (١٩٧٠– ١٩٧٥) إلا أنه مازال مرتفعا مقارنة مع اليابان (١.٣ %) وفرنسا (١.٩ %) ، وقريب من معدل الخصوبة الكلية في الأردن(٣.٦ %) ومصر(٣.٣ %) والهند (٣.٠ %). ويعود سبب ارتفاع معدل الخصوبة الكلية في سورية، إلى أن المجتمع السوري فتي مع وجود نسبة كبيرة من النساء في المجموعات العمرية القادرة على الإنجاب، أي النساء بين سن الخامسة عشرة وسن التاسعة والأربعين .بالاضافة الى مجموعة من العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي يتصف بها المجتمع السوري ،وبشكل خاص في الريف فالأمية مازالت مرتفعة نسبيا بين الإناث وخاصة في الريف وانتشار التعليم بينهن محدود مما ينعكس إيجابا على الخصوبة ،كما مارست العادات والتقاليد المتوارثة تأثيرا ايجابيا في النمو السكاني ، من خلال تأثيرها في مستويات الخصوبة خاصة في المجتمعات التقليدية التي تعتبر أن الأسرة الكبيرة هي من دواعي الفخر والاعتزاز .ويظهر تأثير تلك العادات بشكل أكبرفي المجتمعات الريفية ،حيث تعتبر تلك المجتمعات أن إنجاب المزيد من الأطفال هو قوة اقتصادية واجتماعية للعائلة .إضافة إلى أن الأطفال يشكلون عنصرا مهما في مرحلة الشيخوخة، وهذا مايدفع بالوالدين إلى إنجاب أكبر عدد من الأطفال ضمانا لهذه المرحلة من العمر ، ورغبة في توزيع عبء الإعالة مستقبلا على عدد أكبر من أفراد العائلة ،من ناحية أخرى تتشدد الأسر الريفية على الزواج المبكر للفتيات ، بسبب قناعة تلك الأسر بالمفهوم التقليدي حول ضرورة ستر البنت . وتؤثر النظرة الاجتماعية التقليدية أيضا من خلال تفضيلها للمولود الذكر على المولودة الأنثى ،مما يدعو عائلات تلك المجتمعات إلى تكرار الولادات خاصة إذا كانت المولودة أنثى طمعا في إنجاب مولود ذكر ،أو الزواج ثانية من أجل هذا الغرض، كما تركت الديانات السماوية تأثيرات واضحة في الخصوبة من خلال تشجيعها على التناسل .إلا أن تأثير تلك العادات والتقاليد قد بدأ يخف تدريجيا في مختلف دول العالم نظرا للتطور الاقتصادي والاجتماعي والثقافي الذي شمل الأسرة بشكل عام والمرأة بوجه خاص . وهذا مايظهره الجدول رقم (١–٩)الذي يعرض بيانات عن معدلات الخصوبة العمرية في سورية حسب النتائج العامة للسكان في أعوام (١٩٧٠–١٩٨١–١٩٩٤–٢٠٠٤) ونتائج المسح المتعدد الأغراض لعام ١٩٩٩ ، ونتائج مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠١.

جدول رقم (١-٩)

معدلات الخصوبة العمرية في سورية لعدة أعوام

الفئة	١٩٧٠	١٩٨١	١٩٩٤	١٩٩٩	٢٠٠١	٢٠٠٤
١٥-١٩	٠.٠٨٣	٠.٠٨٠	٠.٠٤٤	٠.٠٣٧	٠.٠٥٨	٠.٠٥٧
٢٠-٢٤	٠.٣٥٧	٠.٢٤٩	٠.١٥٠	٠.١٥٠	٠.١٦٥	٠.١١٧
٢٥-٢٩	٠.٣٨٨	٠.٣١٤	٠.١٩٥	٠.١٩٥	٠.١٨٩	٠.١٢٨
٣٠-٣٤	٠.٣٣٥	٠.٢٩٤	٠.١٧٠	٠.١٩٤	٠.١٧٧	٠.١٠٣
٣٥-٣٩	٠.٢٣٦	٠.٢٣٧	٠.١٢١	٠.١١٦	٠.١٢١	٠.٠٦٢
٤٠-٤٤	٠.١٢٣	٠.١٣٣	٠.٠٦٥	٠.٠٤٩	٠.٠٤٢	٠.٠٢٠
٤٥-٤٩	٠.٠١٢	٠.٠٥٩	٠.٠١٧	٠.٠٢٠	٠.٠١٧	٠.٠٠٤

المصدر :بالنسبة لأعوام ١٩٧٠-١٩٨١-١٩٩٤ نتائج التعدادات العامة للسكان .

- بالنسبة لعام ١٩٩٩-٢٠٠١ المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٠-٢٠٠١ .
- بالنسبة لعام ٢٠٠٤ النتائج الأولية للتعداد العام للسكان لعام ٢٠٠٤ .

من الجدول السابق رقم (١-٩) يتبين أن معدل الخصوبة العمرية بين سن الخامسة عشرة وسن التاسعة والأربعين (٤٠.٦ %) في عام ١٩٧٠ ، و (٤٩.١ %) في عام ٢٠٠٤. من إجمالي عدد الإناث في المجتمع ،وارتفاع هذه النسبة يؤدي إلى ارتفاع معدلات الخصوبة العمرية[١] ، وبالتالي ارتفاع معدل الخصوبة الكلية .

١-تعتبر معدلات الخصوبة العمرية أحد المقاييس الهامة للخصوبة في المجتمع وأكثرها شيوعا، فهي تفيد في تحليل نمط الخصوبة في المجتمع المدروس ،من خلال معرفة عدد الولادات التي تحدث لكل ألف من النساء في فئة عمرية معينة ، ويحسب هذا المعدل للنساء في سن الحمل من العمر (٤٩-

١٥)وذلك بتقسيم عدد المواليد المنجبين من نساء في فئة عمرية معينة خلال سنة على عدد نساء تلك الفئة في نفس السنة .

لقد نالت المرأة قسطاً مهماً من التعليم في كل المجتمعات تقريباً، وأتيح لها العمل ضمن أنشطة إنتاجية سلعية وخدمية متعددة .وهذا ماساهم بدوره في تفكيك تلك العادات والتقاليد والتحرر من العزلة والروابط القديمة وتبني كثير من الممارسات الاجتماعية والفكرية الحديثة .

وكان لذلك كله أثر غير مباشر في الحد من الرغبة في إنجاب الكثير من الأطفال في العديد من المجتمعات.

ويعتقد أن الخصوبة المرتفعة تؤدي إلى زيادة التراكم العددي في قاعدة الهرم السكاني خاصة بعد تدني مستوى الوفيات .

وهذا مايدعو تلك المجتمعات إلى تخصيص جزء كبير من الموارد المالية لبناء المدارس والمستشفيات وخدمات النقل والهاتف وغيرها ،من أجل تلبية حاجات الأعداد المتزايدة من الأطفال .وهذا مايعرقل مشاريع التنمية الاقتصادية خاصة في المجتمعات التي تعاني من محدودية رأس المال(١).

اضافة لذلك ،يعتقد أن ارتفاع مستويات الخصوبة يؤدي إلى مجموعة من النتائج السلبية على نطاق الأسرة ،منها إضعاف مقدرة الأسرة على تأمين مستوى معيشي لائق ورعاية صحية مثلى ،خاصة أن أغلب الأسر ذات الولادات الكثيرة لها موارد محدودة وتؤدي الولادات الكثيرة أيضا إلى الحد من إمكانية فتح مجالات التفاعل الاجتماعي خارج نطاق الأسرة(٢) .

وفي النهاية يمكن القول : إن تفاعل العوامل السابقة تقرر فيما إذا كان عدد الولادات سيميل إلى الانخفاض أو يحافظ على مستواه السابق .

هذا بالإضافة إلى أن تحسين مستوى الخدمات الصحية سيساهم في انخفاض معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات الأطفال ، وبالتالي سيلعب دوراً هاما في تحديد عدد الولادات ،ويبدو أن ذلك سيحتاج إلى فترة زمنية غير قصيرة في سورية .

١- الأشقر ،أحمد ،١٩٩١ –النمو السكاني والطلب على الخدمات في القطر العربي السوري .بحث أبقي في ندوة المسألة السكانية في سورية التي أقيمت في جامعة حلب في الفترة ١٢-١٤ شباط بالتعاون بين جامعة حلب وهيئة تخطيط الدولة وصندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية ومنظمة العمل العربية .
٢- زريق ،هدى ١٩٨٧- "نظرة حول تطور دراسة الخصوبة" .مرجع سبق ذكره ص ٧٥-٦٣ .

١-١-١ -٢- الوفيات :

تأتي ظاهرة الوفاة في المرتبة الثانية من حيث أهميتها في عملية النمو السكاني بعد ظاهرة الخصوبة ،والوفاة ظاهرة حتمية يتعرض لها كل كائن حي .أما احتمال وقوعها لدى البشر فيختلف اختلافا واسعا باختلاف الجنس والعمر في المجتمع ،وترتبط بمجموعة العوامل الاقتصادية والاجتماعية والصحية التي تميز هذا المجتمع .

وبشكل عام يتعرض الذكور عادة لمخاطر الوفاة أكثر من الإناث ،والأطفال والشيوخ أكثر من الشباب الراشدين ومتوسطي العمر.وهذه العوامل تؤثر على معدلات الوفيات ولكنها لا تغير بشكل أساسي منحني الوفيات العمرية والنوعية، فبالنسبة لكلا الجنسين وجميع المجتمعات السكانية (المتقدمة والنامية على حد سواء)تكون الوفيات دوما عالية في بداية فترة الحياة وفي نهايتها ، وتبلغ حدها الأدنى عند البلوغ[١] ، ثم تعاود الارتفاع بشكل تدريجي حتى تبلغ ذروتها في الأعمار المتقدمة، وقد واصلت معدلات الوفيات انخفاضها في أغلب دول العالم لكن بدرجات متفاوتة، وذلك نتيجة التقدم في الأوضاع الصحية ومكافحة الأمراض والأوبئة السارية، وتطوير العلاجات الطبية وارتفاع مستوى الحياة الاقتصادية والاجتماعية .

ولقياس مستوى الوفيات بين السكان يستخدم عادة عدة مقاييس[٢] . وسنركز في بحثنا على ثلاثة مقاييس هي :

معدل الولادات الخام ، ومعدل وفيات الأطفال الرضع ،توقعات الحياة عند الولادة كمقياس عكسي للوفيات [٣].

١- فاسيلوس ج ، فالوراس ١٩٧٨- "أنماط الوفيات وجداول الحياة النموذجية ".في كتاب الإطار السكاني ،جمع البيانات ،التحليل الديموغرافي ،السكان والتنمية ،مرجع سبق ذكره ، ص١٣٢-١٢٣

٢- الأشقر ،أحمد ،١٩٩٣- علم السكان .مرجع سبق ذكره ،ص ٨٨ -٨٩
٣- الشلقاني ،مصطفى ،١٩٩٤-طرق التحليل الديموغرافي ،منشورات جامعة الكويت ،ص ١٦٥ -١٦٦

أ ــ معدل الوفيات الخام :

هو من أبسط المقاييس ويحسب بقسمة عدد الوفيات خلال سنة معينة على عدد السكان في منتصف السنة ويضرب الناتج بألف .

ويطلق عليه المعدل الخام لشموله على كافة الأعمار دون التمييز لفئة عمرية محددة ،ويعتبر معدل الوفيات الخام أحد المؤشرات الدالة على مستوى التقدم الاجتماعي والاقتصادي ولاسيما مستوى التقدم الصحي .

الجدول رقم (١-١٠)

بيانات عن معدل الوفيات الخام في سورية لعدة أعوام بالألف

السنة	معدل الوفيات الخام
١٩٧٠	١٥.٣
١٩٨١	٨.٢
١٩٩٤	٦.٠
٢٠٠٢	٤.٠
٢٠٠٤	٣.٥٨
٢٠٠٥	٣.٨٤
٢٠٠٨	٣.٨٧

المصدر :المجموعة الإحصائية لعام ١٩٧٩ والمجموعة الإحصائية لعام ١٩٩٨
المكتب المركزي للإحصاء -نتائج مسح صحة الأسرة لعام ٢٠٠٢
The World bank2004-World Development Indicators .PP ,38-41

ونلاحظ من الجدول رقم (١-١٠) أن معدل الوفيات الخام قد انخفض من (١٥.٣) بالألف عام ١٩٧٠ إلى (٦) بالألف عام ١٩٩٤ ، وتابع انخفاضه ليصل إلى (٣.٨٤) بالألف عام ٢٠٠٥. ويعتبر معدل الوفيات الخام في سورية منخفضا جدا إذا ماقورن بمثيله في الدول المتقدمة والدول النامية على حد سواء . بل ويعتبر من أخفض المعدلات في العالم ، حيث بلغ (٣.٨) بالألف في عام ٢٠٠٥ ، وكان متقدما على كل دول العالم ، كما تشيراحصائيات البنك الدولي لعام ٢٠٠٤ باستثناء دولتي عمان والكويت حيث بلغ (٣) بالألف في كل منهما .

وبلغ هذا المعدل في فرنسا وألمانيا (١٠) بالألف ، وعلى المستوى العالمي (٩) بالألف ، والدول عالية الدخل (٩) بالألف ، وهذا ما يظهره الجدول رقم (١-١١) الذي يبين معدلات الوفيات الخام في عدد من دول العالم في عام ٢٠٠٢ بالألف .

جدول رقم (١-١١) :

معدل الوفيات الخام في عدد من دول العالم في عام ٢٠٠٢ بالألف

الدولة	معدل الوفيات الخام	الدولة	معدل الوفيات الخام
سورية	٤	السويد	١١
عمان	٣	ألمانيا	١٠
الأردن	٤	فرنسا	١٠
الجزائر	٥	الصين	٨
الكويت	٣	الدول عالية الدخل	٩
البرازيل	٧	الدول منخفضة الدخل	١١
الهند	٩	الدول متوسطة الدخل	٨
المغرب	٦	العالم	٩

The World bank 2004-World Development indicators .PP ,38-41

و الملاحظ من هذا الجدول، أن معدل الوفيات الخام في سورية هو أقل مما هو عليه في الدول المتقدمة مثل فرنسا، ألمانيا، اليابان، ويمكن أن يفسر ذلك على ضوء الاختلاف في التركيب العمري بين سورية وتلك الدول.

فأغلب المجتمعات المتقدمة هرمة ترتفع فيها نسبة السكان بأعمار ١٦٥١ سنة فأكثر، حيث بلغت هذه النسبة في فرنسا ١٦.١١%١ واليابان ١٨.١١%١ وفي ألمانيا ١٦.٨١%١ ولم يتجاوز في سورية ٣.١١%١ عام ٢٠٠٢[١] .وهذا ما يجعل معدل الوفيات الخام في تلك المجتمعات يميل للارتفاع بسبب ارتفاع نسبة المسنين.

ويمكن القول إن انخفاض معدل الوفيات العمرية أو وفيات الأطفال خلال الفترة السابقة، يعود بشكل أساسي إلى أن سورية شهدت تطورات هامة ولاسيما القطاع الصحي ، تجلت في انتشار الخدمات الصحية انتشاراً واسعاً وخاصة في الريف ، وانتشار خدمات رعاية الأمومة والطفولة .

ب-**معدل وفيات الأطفال الرضع :**

يعد معدل وفيات الأطفال الرضع أحد المؤشرات الحساسة لقياس التطور الاقتصادي والاجتماعي في بلد ما ،كما أنه يعكس مستوى الأحوال الصحية والبيئية في ذلك البلد،بل يعتبر من أهم المؤشرات التي تدل على مستوى الرعاية الصحية في المجتمع .

ويحسب معدل وفيات الأطفال الرضع بقسمة عدد وفيات الأطفال قبل بلوغهم تمام السنة الأولى من العمر على عدد المواليد الأحياء خلال السنة ويضرب الناتج بألف[٢] .

وهذا مايظهر في الجدول رقم (١-١٢) الذي يبين معدلات وفيات الأطفال الرضع في سورية بين عامي ١٩٧٠-٢٠٠٢.

جدول رقم (١-١٢)

معدل وفيات الأطفال الرضع في سورية لعدة أعوام

السنة	معدل وفيات الأطفال الرضع بالألف
١٩٧٠	١١٠
١٩٨١	٥٧
١٩٩٤	٣٤
٢٠٠٠	٢٤
٢٠٠٢	١٨.١

المصدر:المكتب المركزي للإحصاء ٢٠٠٣- وصف سورية بالمعلومات ،الإصدار الخامس ، وص٢

وإذا نظرنا إلى الجدول السابق نلاحظ أن معدل وفيات الأطفال الرضع انخفض من (١١٠) بالألف عام ١٩٧٠ إلى (٥٧) بالألف عام ١٩٨١ والى (١٨.١) بالألف عام ٢٠٠٢ .

وتشير إحدى الدراسات إلى أن مستوى الوفيات الرضع يتحدد بمجموعة من العوامل البيولوجية والاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية منها :

UNDP.2004-Human Development .NewYork.PP.55-62 -١

٢-الأشقر ، أحمد ،٢٠٠٣-علم السكان ، مرجع سبق ذكره ، ص ص ١٧٨ -١٨٠ .

١-جنس المولود :ويعود ذلك لأسباب بيولوجية تزيد من احتمال تعرض الذكور بعد الولادة للوفاة أكثر من الإناث . فقد أشارت نتائج مسح صحة الأسرة في سورية عام ٢٠٠٢ إلى أن معدل وفيات الأطفال الرضع خلال السنوات العشر السابقة للمسح بلغ (٢٣.٨) بالألف عند المواليد الذكور ، مقابل (١٧.٦) بالألف عند المولودات الإناث . [١]

٢-مكان الإقامة : فقد أشار المسح المذكور إلى أن معدل وفيات الأطفال الرضع خلال العشر سنوات السابقة للمسح بلغ (١٨.٧) بالألف في الحضر، و (٢٢.٧) بالألف في الريف .

٣-عمر الأم عند الولادة : حيث ارتفع معدل وفيات الأطفال الرضع عند الأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن ٢٠ سنة ، ثم ينخفض عند الأمهات بين ٢٥- ٢٩ سنة ، ويعود للارتفاع عند الأمهات في الأعمار من ٤٠ سنة وحتى نهاية فترة الحمل . وقد أشارت نتائج مسح صحة الأسرة في سورية عام ٢٠٠٢ إلى أن معدل وفيات الأطفال الرضع قد بلغ (٢٦.٨) بالألف عند الأطفال المولودين لأمهات في العمر ٢٠ سنة وأقل . وانخفض إلى (١٦.٤) بالألف عند الأطفال المولودين لأمهات في العمر ٢٥-٢٩ سنة ،ثم عاد للارتفاع إلى (١٩.٤) والى (٣٣.٩) بالألف عند الأطفال المولودين لأمهات في العمر ٣٠-٣٤ سنة و ٣٥-٤٩ سنة على الترتيب .

٤- ترتيب المولود :حيث يعد هذا الترتيب من العوامل الأساسية التي تحدد مستوى وفيات الأطفال .فاحتمال الوفاة يكون أكبر بعد المولود الرابع ،فقد بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع في سورية حسب نتائج مسح صحة الأسرة (١٧.٥) بالألف بعد الطفل الثالث ،وارتفع إلى (٢٣.٨) بالألف بعد الطفل الرابع . ويرجع ذلك إلى أن القدرة الجسدية للنساء اللواتي يلدن لأكثر من مرة تتناقص بصورة عامة كلما ارتفع ترتيب المولود .

٥-الفترة بين كل مولودين متعاقبين : فكلما قصرت الفترة بين المولودين زاد احتمال وفيات الأطفال الرضع .ويعود سبب ذلك إلى استقبال الجسم لحمل جديد قبل أن يسترجع قوته نتيجة الحمل السابق .

وفي هذا الصدد ،أشارت نتائج مسح صحة الأسرة في سورية إلى أن معدل وفيات الأطفال الرضع عند المولود الأول بلغ (١٨.٤) بالألف ،وارتفع هذا المعدل إلى (٣٢.٧) بالألف عندما

كانت الفترة بين المولودين أقل من سنتين ، وانخفض إلى (١٣.٤) بالألف عندما كانت الفترة

١-المكتب المركزي للإحصاء وجامعة الدول العربية ،٢٠٠٢ – مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية ، المشروع العربي لصحة الأسرة ،ص ص ١٧٨-١٧٩ .

وأيضا : الشلقاني ، مصطفى ،١٩٩٤ –طرق التحليل الديموغرافي ،مرجع سبق ذكره ،ص ص ١٨٩ –١٩٠ .

بين حمل وآخر ٤ سنوات وأكثر[١]. وبالإضافة لما سبق ، تلعب الحالة التعليمية للأم ومدى تلقيها للرعاية الصحية قبل الولادة وبعدها دوراً مهما في تحديد معدل وفيات الأطفال الرضع .

ج- توقعات الحياة عند الولادة :

تعد توقعات الحياة عند الولادة من أهم المقاييس الدالة على مستوى الخدمات الصحية والرعاية الطبية في المجتمع ، وهي مؤشر على غاية من الأهمية ويستعمل في الدراسات الديموغرافية والاجتماعية وفي المقارنات الدولية على نطاق واسع .

وتعرف توقعات الحياة عند الولادة[٢] بأنها "متوسط عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها انسان ولد حديثا في المجتمع "ويحسب عادة للذكور والإناث كل على انفراد . ويشير تقرير التنمية البشرية لعام ٢٠٠٤ إلى أن توقع الحياة عند الولادة في سورية قد بلغ (٧٠.٢) سنة للذكور و(٧٢.٧) سنة للإناث في عام ٢٠٠٢[٣] . والجدول رقم (١-١٣) يبين توقعات الحياة عند الولادة في سورية لعدد من السنوات .

جدول رقم (١-١٣)

توقعات الحياة عند الولادة في سورية لعدد من السنوات "سنة "

السنة	توقعات الحياة عند الولادة		
	ذكور	إناث	مجموع
١٩٧٠	٥٢.٩	٥٦.٣	٥٥.٥
١٩٨٠	٥٧.٥	٦١.٣	٥٩.٤
١٩٩٤	٦٥.٨	٦٩.٩	٦٧.١
١٩٩٨	٦٦.٩	٧١.٥	٦٩.٢
٢٠٠٢	٧٠.٢	٧٢.٧	٧١.٧

-UNDP .Human Development Report.1993-1999-2003-2004

ونلاحظ من الجدول السابق، أن توقعات الحياة في سورية قد بلغت (٥٥.٥) سنة عام ١٩٧٠،وارتفعت إلى (٦٧.١) سنة عام ١٩٩٤ ، وتابعت ارتفاعها إلى (٦٩.٢) سنة عام ١٩٩٨ ليصل ارتفاعها إلى (٧١.٧) سنة عام ٢٠٠٢ .وارتفاع هذا المؤشر يدل على التطور الصحي الذي تشهده سورية، لاسيما بتطور الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وانتشارها من خدمات الإسعاف والتصوير الطبقي المحوري والرنين المغناطيسي والتنظير وغيرها من الخدمات الصحية .

١–المكتب المركزي للإحصاء وجامعة الدول العربية ،٢٠٠٢ –مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية ،مرجع سبق ذكره ،ص ١٨٠ .

٢–الأشقر،أحمد ،٢٠٠٣– علم السكان ،مرجع سبق ذكره ، ص١١١ .

UNDP ,2004-Human Development Report p.216 – 3

وبالرغم من ارتفاعها في عام ٢٠٠٢ إلا أنها لاتزال أقل من مثيلتها بالمقارنة مع بعض الدول المتقدمة كفرنسا (٧٨.٩) سنة ، السويد (٨٠.٨) سنة ، اليابان (٨١.٥) سنة .لكنها أعلى من مثيلتها في بعض الدول النامية مثل الأردن (٧٠.٩) سنة ، مصر (٦٨.٦) سنة ،الهند (٦٣.٧) سنة ، نيجريا (٥١.٥) سنة وعلى المستوى العالمي (٦٦.٩) سنة[1] .

في النهاية يمكن القول إن انخفاض معدل الوفيات سواء الخام أو وفيات الأطفال خلال الفترة السابقة، يعود بشكل أساسي إلى أن سورية شهدت تطورات اقتصادية واجتماعية مهمة ولاسيما في القطاع الصحي ، تجلت في انتشار الخدمات الصحية انتشارا واسعا وخاصة في الريف وانتشار حملات التلقيح وخدمات رعاية الأمومة والطفولة .

1-1-2-التركيب العمري للسكان :

تعد دراسة التركيب العمري للسكان على قدر كبير من الأهمية، لأنها توضح الملامح الديموغرافية للمجتمع، من ولادات، ووفاة، وهجرة، وبالتالي النمو السكاني، كما أنها تحدد الفئات المنتجة فيه، والتي يقع على عاتقها عبء إعالة باقي أفراده، كذلك فإن التركيب العمري هو نتاج للعوامل المؤثرة في النمو السكاني من مواليد، ووفيات، وهجرة والتي لا يمكن اعتبار أحدها مستقلاً كلياً عن الآخر ، بل يؤدي أي تغير في أحد هذه العوامل إلى التأثير على العاملين الآخرين، ولذلك فإن دراسة التركيب تساعد على فهم دور هذه العوامل في النمو واتجاهها، وما يرتبط بذلك من دراسة الحالة المدنية والنشاط الاقتصادي والتعليمي وغير ذلك.

ويعد التركيب العمري من أهم المؤشرات الديموغرافية التي تميز شخصية المجتمع، لأن نمط التركيب العمري هو المحدد الأساسي لكثير من المتغيرات الديموغرافية الاجتماعية والاقتصادية ،فهو الذي يحدد حجم المعروض من القوة الشرائية والتغيرات التي تطرأ على

حركة السكان داخل قوة العمل وخارجها .بما في ذلك حجم السكان الذين يدخلون سن الدراسة ، والذين يتركون العمل بسبب العمر .كما أنه من المحددات الرئيسية لنسب الإعالة. ويؤثر التركيب العمري للسكان على عملية الادخار والاستثمار، حيث تختلف أنماط الاستهلاك للسلع والخدمات بمختلف أنواعها من عمر إلى آخر وبحسب ما يكون السكان منتجين أو مستهلكين، وعليه تتوقف الاحتياجات الحالية والمستقبلية للسكان بمختلف أنواعها[٢] .

UNDP ,2004 –Human Development Report pp.139-142 -1

٢–الأشقر، أحمد، 1993:علم السكان، منشورات جامعة حلب، ص 205–٢٠٦ .

يمكن تقسيم أفراد المجتمع إلى ثلاث فئات رئيسة :

- فئة الصغار تمتد أعمار هذه الفئة من (14-0).
- فئة الأشخاص في سن العمل، وتمتد من (64-15).
- فئة المسنين أو الشيوخ وتضم هذه الفئة كل الأشخاص الذين لا تقل أعمارهم عن ٦٥ سنة .

ويبين الجدول التالي التركيب العمري النسبي للسكان في سورية للأعوام (2009-1960):

جدول رقم (١–١٤)

التركيب العمري النسبي للسكان في سورية للأعوام (١٩٦٠–٢٠٠٩)

الفئة	٠–١٤%	١٥–٦٤ %	٦٥ فأكثر %	المجموع
١٩٦٠	٤٦.٥	٤٨.٨	٤.٧	١٠٠
١٩٧٠	٤٩.٣	٤٦.٦	٤.١	١٠٠
١٩٨١	٤٨.٤	٤٨.٣	٣.٣	١٠٠
١٩٩٤	٤٤.٨	٥٢.٢	٣.٠	١٠٠
٢٠٠٤	٣٩.٥	٥٧.٢	٣.٣	١٠٠
٢٠٠٥	٣٩	٥٨.٥	٤.٥	١٠٠
٢٠٠٦	٣٩.٥	٥٧.٢	٣.٣	١٠٠
٢٠٠٧	٣٩.٥	٥٧.٢	٣.٣	١٠٠
٢٠٠٨	٣٧.٩	٥٨.٥	٣.٦	١٠٠

٢٠٠٩	٣٧.٩	٥٨.٤	٣.٦	١٠٠

المصدر : المجموعات الإحصائية للأعوام ١٩٩١-٢٠٠٥-٢٠٠٩

نلاحظ من الجدول السابق أن فئة الصغار في العمر(٠-١٤) سنة تشكل تقريباً نصف المجتمع رغم ميلها للانخفاض خلال سنوات الدراسة . وهذا يميز المجتمع السكاني في سورية بكونه مجتمعاً فتياً ، وأن هرمه ذو قاعدة عريضة وذروته ضيقة .

ولكن خلال الفترة الواقعة بين عامي ١٩٧٠-٢٠٠٤ طرأت تغيرات على التركيب العمري للسكان في سورية حيث تقلصت قاعدة الهرم السكاني (٠-١٤) من (٤٩.٣ %) عام ١٩٧٠ إلى (٣٩.٥ %) عام ٢٠٠٤ .

أما فئات السكان (١٥- ٦٤) فقد اتسعت من (٤٦.٦ %) في عام ١٩٧٠ إلى (٥٧.٢ %) عام ٢٠٠٤ ، أي ازداد عدد السكان في سن العمل وبالتالي زاد الإنتاج وقل الاستهلاك وبالتالي شكل الهرم السكاني سيتغير في السنوات التالية لتضيق قاعدة الهرم السكاني ويتسع منتصف الهرم ،في حين تقلصت ذروة الهرم السكاني (الفئات السكانية ٦٥ فأكثر) من (٤.١%) في ١٩٧٠ إلى (٣.٣ %) عام ٢٠٠٤ .

ويرجع ارتفاع نسبة صغار السن في سورية إلى عاملين أساسين هما: ارتفاع معدل الخصوبة ،وهبوط معدل الوفيات ، وهذا الواقع خلق وضعاً سكانياً لا يتفق في أغلب جوانبه مع متطلبات عملية التنمية .

أما في عام ٢٠٠٩ طرأ انخفاض على فئات السكان من (٠-١٤) أي تقلصت قاعدة الهرم السكاني من (٣٩.٥ %) عام ٢٠٠٤ إلى (٣٧.٩ %) عام ٢٠٠٩ .أما فئات السكان (١٥-٦٤) فقد اتسعت من (٥٧.٢ %) عام ٢٠٠٤ إلى (٥٨.٤ %) عام ٢٠٠٩ أي ازدادت الفئة المنتجة في المجتمع . أما ذروة الهرم السكاني (٦٥ فأكثر) تقلصت من (٤.٥ %) عام ٢٠٠٥ إلى (٣.٦ %) عام ٢٠٠٩ .

وقد أشار أحد الباحثين[١] إلى أن التطور التكنولوجي والاقتصادي يتطلب وجود تركيب عمري مناسب للسكان ، والتركيب الأمثل برأيه هو أن تكون نسبة من هم في العمر (٠-١٤) سنة هي (٢٥ %) ونسبة من هم في فئة العمر (١٥-٦٤) سنة هي (٦٥ %). ونسبة من هم بعمر (٦٥ سنة فأكثر) هي (١٠ %).

وتختلف دول العالم اختلافاً كبيراً فيما يتعلق بتركيبها العمري، نظرا لاختلاف العوامل المؤثرة في النمو السكاني وفي كل من عناصره الثلاث الولادات، والوفيات ،والهجرة .

وفي الجدول رقم (١-١٥) بيانات عن التركيب العمري لعدد من الدول النامية والدول المتقدمة وعلى مستوى العالم في عام ٢٠٠٣ .

١–فاسيلوس ،فالوراس ،١٩٨٥ :أوجه التباين والسياسات المتعلقة بالوفيات في كتاب السكان والتنمية في الشرق الأوسط ، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا ، بغداد ص ١٧ .

جدول رقم (١–١٥)

التركيب العمري للسكان في عام ٢٠٠٣ لعدد من دول العالم

البيان	نسبة السكان الصغار ٠–١٤	نسبة السكان في سن العمل ١٥–٦٥	نسبة السكان المسنين ٦٥ فأكثر
العالم	٢٩.٤	٦٣.٥	٧.١
البلدان المتقدمة	١٨.٣	٦٧.١	١٤.٦
البلدان النامية	٣٧	٥٨.٧	٤.٣
سورية	٣٨.٣	٥٧.٧	٣.٠

UNDP ,2004 – Human Development Report .New York ,PP,155-165 .

يتضح من الجدول رقم (١–١٥) أن نسبة سكان الفئة العمرية (٠–١٤) سنة في سورية كانت من أعلى النسب في العالم . فقد زادت عن المستوى العالمي ب (٩) نقطة ، وعن البلدان المتقدمة ب (٢٠ %)، وعن الدول النامية ب (١٠٣ %) وذلك في عام ٢٠٠٣ ،مما جعل عبء هذه الفئة العمرية في سورية من أعلى المعدلات في العالم .

أما الفئة العمرية من (١٥–٦٥) سنة فقد انخفضت في سورية عن المستوى العالمي ب (٤.٨) نقطة في عام ٢٠٠٣ وأيضاً الفئة العمرية (٦٥ فأكثر)، فقد انخفضت في سورية عن المستويات العالمية كافة بسبب معدل النمو السكاني المرتفع، وانخفاض العمر المتوقع مقارنة مع الدول المتقدمة . بالإضافة إلى ذلك تشير نتائج التعدادات العامة للسكان إلى أن معدل

الإعالة الديموغرافية في سورية قد انخفض من (١٦ %) عام ١٩٧٠ إلى (١٠٦ %) عام ١٩٨١ ، والى (٩١.٥ %) عام ١٩٩٤ . كما تشير النتائج الأولية للتعداد العام للسكان لعام ٢٠٠٤ ،إلا أن هذا المعدل قد تابع انخفاضه في سورية ليصل إلى (٧٤.٧ %)، ورغم هذا الانخفاض إلا أنه مرتفع بالمقارنة مع ماهو عليه في بعض دول العالم ، فقد بلغ هذا المعدل في فرنسا (٥٢.٢ %) وبلجيكا (٥٢.٦ %)، وكان معدل الإعالة في سورية قريبا من مثيله في البلدان النامية كما في الأردن (٦٩.٢ %)، وفي مصر (٦٦.١ %)[1].

---

١ – UNDP ,2004 – Human Development Report .New York ,PP,155-165

1-1-3-التوزع الجغرافي للسكان :

يُعَدُّ التوزع الجغرافي للسكان أحد الظواهر السكانية التي تطلب مزيداً من البحث والاهتمام. وتبدو أهمية البحث في هذه الظاهرة من خلال العلاقة التبادلية بين التوزع الجغرافي للسكان من حيث مظاهره ونتائجه من جهة، وبين التنمية التي تؤثر وتتأثر به من جهة أخرى،

ذلك أن توزع السكان غير المتوازن يعتبر أحد المشاكل السكانية التي تعاني منها بعض الدول النامية ومنها سورية . إن التوسع الحضري والعشوائي والهجرة غير المنتظمة من المحافظات الأقل تطوراً باتجاه المدن الرئيسية، خلق إشكاليات عديدة من أهمها ظاهرة التفجر السكاني في المدن، وأصبح تضخم المدن يشكل عبئاً فعلياً تصعب مواجهته، كما أن زيادة السكان وتركز المشاريع الاقتصادية والخدمية في مناطق معينة ، وما نتج عنه من جذب للأيدي العاملة، قد يتجاوز قدرة تلك المناطق على استيعابها، ويتجاوز قدرتها على توفير فرص العمل الكافية لها، ويحدث حالة من عدم التوازن الجغرافي للسكان. وإذا كانت بعض الدول قد نجحت إلى حد ما في رسم سياستها الاقتصادية والاجتماعية بصورة متوازنة، إلا أن الكثير منها قد تعثرت في إحداث التوازن بين التوزع الجغرافي للسكان وعملية التنمية، مما أدى إلى نتائج سلبية على المجتمع وتطوره ونتجت عنه عواقب اقتصادية واجتماعية أربكت عملية التنمية ذاتها .

وسنقوم بدراسة التوزع الجغرافي للسكان في سورية وتحليله من خلال ما يلي :

أ–توزيع السكان حسب المحافظات.

ب– النمو السنوي للسكان حســب المحافظات .

جــ – التحضر.

1-1-3-1-***توزع السكان حسب المحافظات*** :

يتوزع السكان في محافظات القطر بنسب متباينة حيث يتمركزون بنسب مرتفعة في بعض المحافظات، وبنسب منخفضة في محافظات أخرى، ويعود ذلك إلى اختلاف الظروف البيئية بين المحافظات بالإضافة إلى عوامل أخرى. حيث يتمركز السكان بنسب مرتفعة في ثلاث محافظات ويتبين ذلك من خلال الجدول رقم 11 الذي يشير إلى التوزيع النسبي للسكان ومساحة القطر حسب المحافظات، وإذا نظرنا إلى هذا الجدول نجد في عام 1970 أن نسبة 44.01% من سكان القطر يسكنون محافظات دمشق، وريف دمشق، وحلب، التي تشكل 18% من المساحة الكلية للجمهورية العربية السورية. بينما تضم محافظات دير الزور، والرقة، والحسكة 15.94% من سكان القطر، وتشكل 42.56% من مساحة القطر. أمّا محافظة حمص التي تضم 8.66% من سكان القطر، فهي تستحوذ على مساحة تساوي22.93% من مساحة القطر. وتضم باقي المحافظات 31.39% من سكان القطر وتشكل مساحتها 16.51 % من المساحة الكلية لسورية. وهذا يشير إلى تمركز أغلبية السكان

في المحافظات الثلاث الأولى .والجدول رقم (١–١٦) يشير إلى التوزيع النسبي لعدد السكان والتوزيع التراكمي على مستوى المحافظات لأعوام 1970-1994-2004– ٢٠٠٩

جدول رقم (١–١٦) :

التوزيع النسبي لعدد السكان والتوزيع النسبي التراكمي على مستوى المحافظات للأعوام (١٩٧٠–١٩٩٤–٢٠٠٤–٢٠٠٩)

البيان	التوزيع النسبي					التوزيع النسبي التراكمي				
المحافظة	المساحة	السكان ١٩٧٠	السكان ١٩٩٤	السكان ٢٠٠٤	السكان ٢٠٠٩	المساحة	السكان ١٩٧٠	السكان ١٩٩٤	السكان ٢٠٠٤	السكان ٢٠٠٩
دمشق	٠.٠٦	١٣.٢٧	١٠.١٢	٨.٧٢	٨.٥	٠.٠٦	١٣.٢٧	١٠.١٢	٨.٧٠	٨.٣
القنيطرة	١.٠٠	٠.٢٦	٠.٣٥	٠.٣٨	٠.٤	١.٠٦	١٣.٥٣	١٠.٤٧	٩.١٠	٨.٩
طرطوس	١.٠٢	٤.٧٩	٤.٢٦	٤.٠١	٣.٨	٢.٠٨	١٨.٣٢	١٤.٧٣	١٣.١١	١٢.٧

اللاذقية	١.٣٣	٦.١٨	٥.٤٢	٤.٩٤	٤.٨	٣.٤١	٢٤.٥٠	٢٠.١٥	١٨.٠٥	١٧.٥
درعا	٢.٠٥	٣.٦٩	٤.٤٠	٤.٧٢	٤.٨	٥.٤٦	٢٨.٤١	٢٤.٥٥	٢٢.٧٦	٢٢.٣
السويداء	٣.٠٥	٢.٢٢	١.٩٥	١.٧٦	١.٨	٨.٥١	٣٠.٤١	٢٦.٥٠	٢٤.٥٣	٢٤.١
ادلب	٣.٢٢	٦.٠٩	٦.٥٧	٧.١٠	٧.٠	١١.٧٣	٣٦.٥٠	٣٣.٠٧	٣١.٦٣	٣١.١١
حماة	٤.٨٤	٨.١٦	٧.٩٧	٧.٨٢	٧.٧	١٦.٥٧	٤٤.٦٦	٤١.٠٤	٣٩.٤٥	٣٨.٨
حلب	٨.٧٧	٢٠.٥٩	٢١.٥٨	٢٢.٦٩	٢٢.٧	٢٥.٣٤	٦٥.٥٥	٦٢.٦٢	٦٢.١٤	٦١.٥
ر.دمشق	٩.١٧	٩.٨٥	١١.٩٥	١٢.٧٠	١٣.٠	٣٤.٥١	٧٥.٤٠	٧٤.٥٧	٧٤.٨٣	٧٤.٥
الرقة	١٢.٠١	٣.٨٧	٤.٠٢	٤.٤٧	٤.٤	٤٦.٥٢	٧٩.٢٧	٧٨.٥٩	٧٩.٣٠	٧٨.٩
الحسكة	١٢.٧٩	٧.٤٣	٧.٤٢	٦.٣٧	٧.١	٥٩.٣١	٨٦.٧٠	٨٦.٠١	٨٥.٦٧	٨٦
دير الزور	١٧.٧٦	٤.٦٤	٥.١٦	٥.٧٠	٥.٧	٧٧.٠٧	٩١.٣٤	٩١.١٧	٩١.٣٨	٩١.٧
حمص	٢٢.٩٣	٨.٦٦	٨.٨٣	٨.٦٢	٨.٥	١٠٠.٠٠	١٠٠.٠٠	١٠٠.٠٠	١٠٠.٠٠	١٠٠.٠٠

المصدر :المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٠،الجدول رقم ٤/٢ .المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٤،

في والمجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩ ،الجدول رقم ٢/١٢/أ .وتم حساب النسب من قبل الباحثة.

تق

وفي عام ٢٠٠٤ بقي هذا التوزيع كما هو عليه سابقاً، إذ ضمت محافظات دمشق ، وريف دمشق، وحلب(٤٤,١%) من سكان القطر، وضمنت محافظات دير الزور، والحسكة، والرقة (١٦,٥%) من سكان القطر. كما ضمنت محافظة حمص(٨,٦%) من سكان سورية وباقي المحافظات(٣٠,٨%) من السكان. ومما سبق نستنتج أن سكان القطر يتوزعون على المحافظات توزيعا غير منتظم، وأن هذا التوزيع لم يتغير بشكل واضح خلال سنوات الدراسة.

وفي عام ٢٠٠٩ لم يتغير التوزيع السابق، إذ ضمنت محافظات دمشق ،ريف دمشق ،حلب (٤٤.٢ %) من سكان القطر ،وضمنت محافظات دير الزور ، الحسكة ،الرقة (١٧.٢ %) من سكان القطر ،كما ضمنت محافظة حمص (٨.٥ %) من سكان القطر ، وباقي المحافظات (٣٠.٣ %) من السكان .ومما سبق نستنتج أن سكان القطر يتوزعون توزيعا غير منتظم،وهذا التوزيع لم يتغير بشكل واضح خلال سنوات الدراسة .

__1-1-3-2- النمو السنوي للسكان حسب المحافظات:__

إن معدل النمو السنوي للسكان حسب المحافظات يختلف من محافظة إلى أخرى حتى أنه يختلف في المحافظة نفسها من فترة إلى أخرى، حيث يكون مرتفعاً في بعض المحافظات في فترة ما، ويكون منخفضاً في محافظات أخرى خلال الفترة نفسها. ونلاحظ ذلك من خلال الجدول رقم(١-١٧) الذي يعرض معدلات النمو السنوي للسكان حسب المحافظات خلال الفترات ١٩٧٠-١٩٨١ و ١٩٩١-١٩٩٤ و ١٩٩٥- ٢٠٠٠ و٢٠٠٦-٢٠٠٩

جدول رقم (١-١٧)

معدل النمو السنوي للسكان حسب المحافظات (بالألف)

المحافظة /العام	١٩٧٠- ١٩٨١	١٩٨١- ١٩٩٤	١٩٩٥- ٢٠٠٠	٢٠٠٠- ٢٠٠٥	٢٠٠٦- ٢٠٠٩
م .دمشق	٢٦.٣	١٨.٠	١٤.٧	١٣.٣	٤٥.٤
ر.دمشق	٣٦.٢	٤٥.٩	٣٧.٦	٣٤.١	٩٩.٨
حلب	٣٣.٠	٣٦.١	٢٩.٥	٢٦.٨	٧٩.٤
حمص	٣٧.٢	٣١.٦	٢٥.٩	٢٣.٥	٧١.٦
حماه	٣٣.٢	٣١.١	٢٥.٤	٢٣	٦٩.٣
اللاذقية	٣٢.٧	٢٣.٦	١٩.٣	١٧.٥	٥٤.٥
ديرالزور	٣١.٠	٤٣.٦	٣٥.٧	٣٢.٤	٩٣.٥
ادلب	٣٨.٢	٣٤.٨	٢٨.٥	٢٥.٩	٧٦.٣
الحسكة	٣٣.٢	٣٣.١	٢٧.١	٢٤.٦	٧٢.٢
الرقة	٣٣.١	٣٥.٩	٢٩.٤	٢٦.٧	٧٦.٤
السويداء	٣٢.٩	٢٣.٠	١٨.٨	١٧.١	٥٣.٤
درعا	٤١.٥	٤٠.٣	٣٣.٥	٢٩.٩	٨٧.٥
طرطوس	٣٥.٦	٢١.٩	١٧.٩	١٦.٢	٥٢.٠
القنيطرة	٤٣.٤	٤٨.٨	٣٩.٩	٣٦.٢	١٠٦.٦
المجموع	٣٥.٥	٣٣.٠	٢٧.٠	٢٤.٥	

المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩ ،جدول ٦/٢٢٠٠٠

وإذا نظرنا إلى هذا الجدول نلاحظ أن معدل النمو السنوي يتباين من محافظة إلى أخرى ومن فترة إلى أخرى للمحافظة نفسها. فقد كان هذا المعدل منخفضاً بين عامي ١٩٩٤- ١٩٨١ في محافظات دمشق، واللاذقية، والسويداء، وطرطوس، وكان مرتفعاً في محافظات القنيطرة، والرقة، ودير الزور، وريف دمشق، ومعتدلاً في باقي المحافظات، وقريباً من معدل النمو السنوي على المستوى الكلي [1]. والملاحظ من الجدول رقم(١٧) أن معدل النمو السنوي للسكان حسب المحافظات بين عامي ١٩٩٥-٢٠٠٠ يميل إلى الانخفاض في كل المحافظات السورية بدون استثناء.

---

(١). الأشقر، أحمد، ٢٠٠٣- الاقتصاد الرياضي. منشورات جامعة حلب، كلية الاقتصاد، مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية، ص ٥٢٢.

إلا أنه بقي أعلى من المعدل العام على المستوى الكلي في محافظات ريف دمشق، وحلب، ودير الزور، وإدلب، والحسكة، والرقة. وبما أن معدل النمو السنوي للسكان في هذه المحافظات أعلى من معدل النمو السنوي على المستوى الكلي، فإننا نستنتج أن هناك تياراً للهجرة إلى هذه المحافظات من محافظات القطر الأخرى. فعلى سبيل المثال نلاحظ أن معدل النمو السنوي في محافظة ريف دمشق كان أعلى، بالمقارنة مع بقية المحافظات حيث بلغ (٣٧,٦%) بين عامي ١٩٩٥-٢٠٠٠، ويمكن أن يعزى هذا الارتفاع في المعدل إلى تأثير عامل الهجرة. وتأكيداً لذلك تشير نتائج مسح الهجرة الداخلية في سورية لعام ٢٠٠٠ إلى أن محافظة ريف دمشق تُعَدُّ من أكثر المحافظات جذباً للسكان، حيث بلغ عدد الوافدين إلى محافظة ريف دمشق (٣٨٨١٨٠) نسمة يشكلون (٢٠,٢%) من عدد سكانها، فيما بلغ عدد المهاجرين منها(٨٧٦٦٧) نسمة يشكلون نسبة(٤,٦%) من عدد سكانها. وبذلك يكون صافي الهجرة(١٥,٦%) من إجمالي عدد السكان أي ما يعادل(٣٠٠٥١٣) نسمة. من هنا يمكن القول: إن الهجرة بين المحافظات لعبت دوراً كبيراً في تحديد معدل النمو السنوي للسكان.

١-1-3-3- التحضر :

يقصد بالتحضر انتقال السكان من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية .

والواقع أن سكان الحضر في فترة معينة يتزايدون وفق عدة مصادر [1]:

- النمو الطبيعي لسكان الحضر أي الفرق بين الولادات والوفيات، حيث نلاحظ من نتائج التعدادات العامة للسكان أن عدد السكان الحضر في سورية، قد ازداد من

\2741121\ في عام 1970 إلى \4256543\ في عام 1981 وبمعدل نمو سنوي بلغ (40.8)بالألف. أما نتائج تعداد عام 1994 فقد أظهرت أن عدد سكان الحضر قد بلغ \6864525\ ،وبذلك يكون معدل النمو السنوي لسكان الحضر بين عامي 1994-1981 قد بلغ (37.4) بالألف.

– تحول بعض التجمعات السكانية الريفية إلى تجمعات حضرية عندما يتجاوز عدد سكانها (20) ألف نسمة. حيث تشير التعدادات العامة للسكان إلى أن التجمعات السكانية التي تضم (20) ألف نسمة فأكثر، قد ازدادت من (18) مدينة عام 1970 إلى (28) مدينة عام 1981 والى (62)عام 1994

– صافي الهجرة من الريف إلى الحضر.

(1) الأشقر، أحمد، 1993 –علم السكان. مرجع سبق ذكره .ص 116.

وفي الجدول رقم(١–١٨) بيانات عن توزع سكان سورية بين حضر وريف في أعوام 1970-1981-1994-2004-2009.

جدول (١–١٨)

توزع سكان سورية بين حضر وريف لأعوام ١٩٧٠–١٩٨١–١٩٩٤–٢٠٠٤–٢٠٠٩

السنة	السكان	حضر	ريف	نسبة التحضر %
١٩٧٠	٦٣٠٤٦٨٥	٢٧٤١١٧١	٣٥٦٣٥١٤	٤٣.٥
١٩٨١	٩٠٤٦١٤٤	٤٢٢٥٦٥٤٣	٤٧٨٩٦٠١	٤٧.١
١٩٩٤	١٣٧٨٢٣١٥	٦٨٦٤٥٢٥	٦٩١٧٧٩٠	٤٩.٨
٢٠٠٤	١٧٩٨٠٠٠٠	٩٠٢٢٠٠٠	٨٩٥٨٠٠٠	٥٠.١
٢٠٠٩	٢٠١٢٥٠٠٠	١٠٧٦٩٠٠٠	٩٣٥٦٠٠٠	٥٣.٥

المصدر :نتائج التعدادات العامة للسكان للأعوام ١٩٧٠–١٩٨١–

١٩٩٤المجموعات الإحصائية لأعوام ٢٠٠٤–٢٠٠٩

وإذا نظرنا إلى هذا الجدول نلاحظ ارتفاع نسبة السكان الحضر من فترة إلى أخرى، فقد ارتفعت نسبة التحضر من (43.5 %)في عام 1970 إلى (47.1 %) عام 1981 وإلى (49.8%)عام 1994، ويشير المكتب المركزي للإحصاء إلى أن نصف عدد سكان سورية يقطنون في المناطق الحضرية عام 2004، حيث وصلت نسبة التحضر إلى (50.1%) .

واستمرت نسبة التحضر بالارتفاع حيث شكلت نسبة التحضر في عام ٢٠٠٩ (٥٣.٥ %) من سكان سورية أي أكثر من نصف سكان سورية يقطنون في المناطق الحضرية .

وكما في بقية دول العالم فقد شهدت سورية هجرة جزء من سكان الريف إلى المراكز الحضرية ، وذلك تحت تأثير عدد كبير من العوامل الاقتصادية والاجتماعية السائدة في المناطق الريفية، كانخفاض مستوى الدخل ،وقلة توافر فرص العمل ، وعدم كفاية الخدمات التعليمية والصحية، وانخفاض مردود الإنتاج الزراعي، التي برزت كعوامل مشجعة للانتقال من المناطق الريفية إلى المناطق الحضرية [1]. ورغم أن المدن السورية لم تلب بشكل كاف مطالب المهاجرين الجدد إليها بالقدر الكافي لمواجهة الحاجات المتزايدة كالنقل والإسكان والمياه، استمر تدفق هؤلاء المهاجرين مما أدى إلى ازدياد الضغوط على المدن، والتوسع في مساحات الأحياء الفقيرة في أغلبها، تلك الأحياء التي تفتقر إلى أدنى مستوى من الخدمات بمختلف أنواعها.

١- خليفة ياسين، 1982- الإحصاء السكاني. مرجع سبق ذكره، ص440 .

ولم يكن الوافدون الجدد إلى المدن أكثر حظاً من الباقين في الريف، حيث كانت البطالة والعمالة الناقصة الصفة الملازمة لهم[١]. أما على مستوى المحافظات، وباستثناء محافظة مدينة دمشق التي تمثل حالة خاصة لأنها تضم مدينة دمشق فقط، فان الجدول رقم (١٩)يظهر معدل التحضر حسب المحافظات للفترة الممتدة بين عامي ١٩٧٠-٢٠٠٩ .

نلاحظ من الجدول رقم (1-19) أن معدل التحضر قد ارتفع بشكل واضح من سنة إلى أخرى في أغلب المحافظات السورية، باستثناء محافظتي حماة ودير الزور، اللتين انخفض معدل التحضر فيهما بشكل طفيف. ففي محافظة حماة مثلاً انخفض معدل التحضر من (34%) عام 1970 إلى(33.5%)عام 1994 (٢).

جدول رقم (١-١٩)

معدل التحضر حسب المحافظات لأعوام ١٩٧٠-١٩٨١-١٩٩٤-٢٠٠٦-٢٠٠٩

ومعدل النمو السنوي للحضر (بالألف)

المحافظات	١٩٧٠	١٩٨١	١٩٩٤	٢٠٠٦	٢٠٠٩	معدل النمو السنوي للحضر(بالألف)		
						١٩٧٠-١٩٨١	١٩٨١-١٩٩٤	٢٠٠٦-٢٠٠٩
م.دمشق	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠	٢٦.٣	١٧.٧	٥٤.٤
ر.دمشق	٢٩.٣	٣٥.٨	٤٨.٨	٦٤.٣٢	٦٤.٩٨	٥٦.٣	٧١.١	١١٠.٥
حلب	٥٣.٨	٦٠.٠	٦١.٢	٦٣.٠٩	٦٢.٤٣	٤٢.٨	٣٧.٩	٦٨.١
حمص	٤٦.٤	٥٠.٠	٥٤.٧	٥٣.٤٨	٥٤.٢٥	٤٤.٣	٣٥.٨	٨٦.٩
حماه	٣٤.٠	٣٣.٧	٣٣.٥	٣٧.٤٧	٣٦.٨٥	٣٢.٥	٣٠.٧	٥١.٨
اللاذقية	٣٨.٢	٤٢.٠	٤٨.٩	٥١.٢٥	٥١.٣٩	٤١.٠	٣٥.٦	٥٧.٤
ديرالزور	٣٠.٤	٣٠.٦	٢٨.٢	٤٣.٤١	٤٤.٥٨	٣١.١	٣٧.٢	١٢٣.٠

ادلب	٢٢.١	٢٢.٠	٢٥.٦	٢٨.٢٤	٢٨.٥٨	٣٣.٢	٥٠.٨	٨٩.١
الحسكة	٢٠.٥	٢٩.٠	٣٢.٥	٣٥.٤٤	٣٥.٩٢	٦٦.٤	٤٢.٢	٨٧.٠
الرقة	١٦.١	٣٨.٧	٤٠.٧	٣٧.٧٤	٣٨.٦٦	١١٩.١	٢٢.٥	١٠٢.٨
السويداء	٢٧.٧	٢٨.٢	٢٨.٥	٢٧.٨٥	٣١.٢٦	٣٦.٦	٣٩.٩	٥٧.١
درعا	١٤.٣	٣٩.٢	٣٧.٣	٤٦.١٣	٤٤.٨٢	٨٠.٣	٨٥.٩	٥٦.٦
طرطوس	١٨.٣	٢٠.٣	٢٦.١	٢٨.٤٩	٢٨.٥	٤٤.٩	٤١.١	٥٢.٨
القنيطرة	–	–	–	–	–	–	–	–
المجموع	٤٣.٥	٤٧.١	٤٩.٨	٥٣.٤	٥٢.٩	٤٠.٩	٣٧.٤	٥٣.٤

المصدر:نتائج التعدادات العامة للسكان لأعوام ١٩٧٠-١٩٨١-١٩٩٤-٢٠٠٤ والمجموعة الإحصائية لعامي ٢٠٠٦-٢٠٠٩

---

(١) نتائج التعدادات العامة للسكان لأعوام 1970-1981-1994.

(٢) بوادقجي عبد الرحيم وخوري عصام، 2002 – علم السكان نظريات ومفاهيم. الطبعة الأولى، دار الرضا للنشر، دمشق.

أما بالنسبة لبقية المحافظات، فقد مال معدل التحضر إلى الارتفاع فيها كلها، ولكن بدرجات متفاوتة من محافظة لأخرى. فقد كان مرتفعاً جداً في محافظتي حلب وحمص، وتجاوز المعدل العام على مستوى القطر البالغ (49.8 %)عام 1994. حيث بلغ معدل التحضر في محافظة حلب (61.2 %)، وفي محافظة حمص(54.7 %). كما ارتفع معدل التحضر في محافظات ريف دمشق، واللاذقية، والرقة بشكل معتدل ومتناسب مع الاتجاه العام للتحضر على مستوى القطر، حيث بلغ في عام 1994 في ريف دمشق (48.8%)، وفي اللاذقية (48.9%)، وفي الرقة (40.7 %). أما في بقية المحافظات فقد كان معدل التحضر منخفضاً نسبياً بالمقارنة مع الاتجاه العام للتحضر على مستوى القطر . أما في عام ٢٠٠٩ فقد ارتفع معدل التحضر في أغلب المحافظات السورية باستثناء محافظة الرقة، حيث انخفض فيها معدل التحضر من (٤٠.٧ %) عام ١٩٩٤ إلى (٣٨.٦٦ %)عام ٢٠٠٩ .أما بالنسبة لبقية المحافظات، فقد اتجه معدل التحضر للارتفاع إلا أنه كان بدرجات متفاوتة من محافظة إلى أخرى .فقد كان مرتفعاً جداً في محافظات ريف دمشق وحلب وحمص ، وتجاوز المعدل العام على مستوى القطر والبالغ (٥٢.٩ %) عام ٢٠٠٩ .ففي محافظة ريف دمشق بلغ معدل التحضر (٦٤.٩٨ %) وفي محافظة حلب بلغ (٦٢.٤٣ %)، وفي محافظة حمص بلغ (٥٤.٢٥ %) ، كما ارتفع معدل التحضر في محافظة اللاذقية بشكل معتدل ومتناسب مع الاتجاه العام للتحضر على مستوى القطر، حيث بلغ في اللاذقية (٥١.٩٣%) عام ٢٠٠٩ ، أما في بقية المحافظات فقد كان معدل التحضر منخفضاً نسبياً بالمقارنة مع الاتجاه العام للتحضر على مستوى القطر .

المبحث الثاني :الواقع الصحي في سورية :

1-2- 1-مؤشرات مختلفة عن الصحة .

1-2-2-الصعوبات (المشكلات) التي تواجه القطاع الصحي في سورية .

1-2-3- التخطيط الاستراتيجي للسياسة الصحية في سورية.

2-1 -1- مؤشرات مختلفة عن الصحة :

واجه المجتمع السوري أعباء مرضية كثيرة ومتزايدة ولاسيما لدى الفئات الشابة الفتية، ففي دراسة أعدتها وزارة الصحة بالتعاون مع هيئة تخطيط الدولة، بلغت سنوات العمر الصحية المفقودة بسبب الوفاة والمرض بحساب درجة الإعاقة (2.5)مليون حالة في السنة. شكلت نسبة من هم تحت سن الخامسة نحو (27 %) من إجمالي العبء المرضي والذين فوق سن الخامسة والستين نحو (17 %)منه، أما نسبة سني الشباب المبكر والرجولة فقد بلغت 56% من إجمالي هذا العبء، وهي نسبة عالية الخطورة على مستقبل التنمية في سورية لارتفاع معدلات إصابة الفئات الصغيرة السن بأمراض مختلفة لها تداعيات صحية خطيرة .

تشكل مجموعة الأمراض المزمنة (60 %) من إجمالي العبء المرضي. وتشكل الأمراض المعدية وأمراض الأمومة والطفولة نحو (5.25 %) منه ، أما الحوادث والإصابات لأسباب خارجية فتشكل نحو (5.15%) منه.[١]

أي أن عبء الأمراض المعدية وأمراض الأمومة والطفولة ما زال منخفضاً في سورية كما في الدول النامية الأخرى، لكن سورية تواجه عبئاً متزايداً في الأمراض المزمنة والحوادث شأنها في ذلك شأن الدول المتقدمة .

إن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية أصبح أحد دعائم المجتمع الرئيسية وأساساً هاماً لاستقراره ورضاه، ويجب أن يعتمد الحصول على الرعاية الصحية المناسبة على احتياجات المواطن وعلى قدرته على تسديد تكاليف هذه الرعاية.

وتقاس الخدمة الصحية طبقاً لرؤية منظمة الصحة العالمية وفقاً لعدة مؤشرات نواتج فعلية ترتكز إلى تنظيم يجمعها في ثماني مجموعات:

المجموعة الأولى: تتعلق بالتوجهات السياسية للنظام الصحي، وهي ترتبط بالأهداف القومية السكانية المتعلقة بالخصوبة والزيادة السكانية.

المجموعة الثانية : تتعلق بالتوجهات الاقتصادية والاجتماعية والسكانية والتغذية .

المجموعة الثالثة :تتعلق بالصحة والبيئة .

المجموعة الرابعة :تتعلق بالموارد الصحية سواء البشرية أو المالية أو البنية التحتية للمنظمات والوحدات ،وتوفر قوائم الأدوية الأساسية .

المجموعة الخامسة: تتعلق بنمو النظام الصحي وتطوره. وترتبط بالسياسات الإستراتيجية والتعاون بين القطاعات الصحية ،والاستعدادات للطوارئ والأبحاث الطبية والتكنولوجية.

---

(١)- د.العريان ،محمود،٢٦ ربيع الثاني ١٤١٣ هـ،مقالة عن الوضع الصحي في سورية .

المجموعة السادسة: وتختص بقراءة الخدمات الصحية الناتجة من النظام المطبق فيما يتعلق بالتعليم الصحي والثقافة الصحية ورعاية الأمهات والحوامل والأطفال، وبرامج التطعيم والتحصين والوقاية والتحكم في الأمراض المتوطنة وعلاج الأمراض الشائعة والحوادث .

المجموعة السابعة: مؤشرات تتعلق بالموقف الصحي القائم من ناحية معدل الإصابة بالأمراض واتجاه الوفيات ومسبباتها ومعدلاتها.

المجموعة الثامنة: وتدور حول مؤشرات النظرة المستقبلية والاستراتيجيات الصحية المقترحة.

ولقد حققت سورية نجاحاً ملموساً في تحسين أوضاع الصحة العامة للمواطنين، كما لوحظ زيادة عدد المستشفيات وزيادة عدد الأسرة المتاحة للمواطنين وزيادة عدد الأطباء والعاملين في مجال تقديم خدمات الرعاية الصحية وعلاج عدد كبير من المواطنين على نفقة الدولة [1].

كما لوحظ تقدم في مجال الرعاية الصحية الأولية وفي برامج التلقيح ورعاية الحوامل والأطفال.

تقدم الخدمات الصحية في سورية جهات تابعة للقطاع العام (وزارة الصحة، ووزارة الدفاع، ووزارة التعليم العالي)، وأخرى تابعة للقطاع الخاص، وهناك تداخل كبير بين القطاعين.

يغطى القطاع العام بالمشافي في المحافظات وبعض المدن الكبيرة ،وبالمراكز الصحية والمستوصفات في المدن الصغيرة والقرى.

ارتفع المستوى الصحي في سورية بشكل ملحوظ خلال العقود الأربعة الأخيرة ووقد أدى ذلك إلى انخفاض معدَّلات الوفيات ولاسيما وفيات الأطفال حتى وصل الرقم القياسي لهذه المعدلات إلى أقل من الربع مما هي عليه في عام 1960، حيث انخفض معدل الوفيات العامّ من (20) بالألف في ذلك العام إلى حوالي (٤) بالألف عام 2002[٢] ، وانخفض معدل وفيات الأطفال الرضع من حوالي (110) بالألف إلى (18) بالألف خلال الفترة نفسها[٣]، ويعود ذلك إلى انتشار الخدمات الصحية في الحضر والريف على حد سواء .وقد ازداد عدد أطباء الصحة من (١٦٢٣) طبيب عام ١٩٧٠ ، إلى (٢٤٤٧٣) طبيب عام ٢٠٠٣ . وأدى ذلك إلى انخفاض مؤشر متوسط عدد السكان لكل طبيب من (٣٨٨٥)عام ١٩٧٠ إلى (٧١٧)شخص لكل طبيب في عام ٢٠٠٣.وهذا مايظهر في الجدول رقم (١-٢٠) الذي يبين تطور مؤشرات الحالة الصحية في سورية بين عامي ١٩٧٠-٢٠٠٣ .

---

١)- واقع المتغيرات السكانية في سورية خلال الفترة من 1960-2005

٢)-The World bank 2004-World Development Indicators .PP,38-41

٣)-المكتب المركزي للإحصاء ٢٠٠٣-وصف سورية بالمعلومات ، الإصدار الخامس ، ص ٢ .

جدول رقم (١-٢٠)

تطور مؤشرات الحالة الصحية في سورية بين عامي ١٩٧٠ - ٢٠٠٣

البيان	١٩٧٠	١٩٩٠	٢٠٠١	٢٠٠٣
عدد المستشفيات والمصحات	٨١	٢٢٧	٤٠٦	٤٤٠
عدد الأسرّة	٦٢١٦	١٣٦٦٣	١٩٧١٦	٢١٨١٧
شخص لكل سرير	١٠١٤	٨٨٧	٨٤٨	٨٠٤
عدد المراكز الصحية	٢٧٩	٥٦٢	١٢٨٠	١٤٤٠
شخص لكل مركز	٢٦٣٥٨	٢١٥٥٩	١٣٠٦٣	١٢١٨٨
عدد أطباء الصحة	١٦٢٣	١١٦٨٢	٢٣٧٨٤	٢٤٤٧٣
شخص لكل طبيب صحة	٣٨٨٥	١٠٣٧	٧٠٣	٧١٧
عدد أطباء الأسنان	٣٧٦	٣٨٤١	١٢٢٢٨	١٤٩١٧
شخص لكل طبيب أسنان	١٦٧٦٨	٣١٥٤	١٣٦٧	١١٧٦
عدد الصيادلة	٨٥٨	٣٦٤٤	٩٨٨٢	١٠٨٠٩
شخص لكل صيدلي	٧٣٤٨	٣٢٣٦	١٦٩٢	١٦٢٤
عدد الممرضين والممرضات	١٤٠١	١٢٤٣٨	٢٧٩١٣	٢٧٠٤٥
شخص لكل ممرض وممرضة	٤٥٠٠	٩٧٤	٥٩٩	٦٤٩

٥١٨٤	٥٠٨١	٤٢٢٤	٥٦٦	عدد القابلات والمجازات
-	١٦٠٨	١٤٠٣	٥٤٢٨	أنثى لكل قابلة

المصدر :بالنسبة لأعوام ١٩٧٠ ، ١٩٩٠ ،٢٠٠١ -المكتب المركزي للإحصاء ،٢٠٠٣- وصف سورية بالمعلومات ، الإصدار الخامس ، ص ٤.وبالنسبة لعام ٢٠٠٣-المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٤

كما نلاحظ من الجدول السابق أن عدد الممرضين والممرضات قد ازداد من (١٤٠١) عام ١٩٧٠ إلى (٢٧٠٤٥) عام ٢٠٠٣ . كما ازداد عدد القابلات من (٥٦٦) قابلة عام ١٩٧٠ إلى (٥١٨٤) قابلة عام ٢٠٠٣ . ومع ازدياد عدد العاملين في القطاع الصحي تزايد أيضا عدد المستشفيات والمصحات من ٨١ مستشفى ومصح عام ١٩٧٠ على ٤٤٠ مستشفى ومصح عام ٢٠٠٣. كما ازداد عدد المراكز الصحية من ٢٧٩ مركز صحي عام ١٩٧٠ على ١٤٤٠ مركز صحي عام ٢٠٠٣، وارتفع عدد أطباء الأسنان من (٣٧٦) طبيب عام ١٩٧٠ إلى (١٤٩١٧) طبيب عام ٢٠٠٣ مما أدى إلى انخفاض مؤشر عدد السكان لكل طبيب أسنان من (١٦٧٦٨) في عام ١٩٧٠ إلى (١١٧٦) بين عامي ١٩٧٠ و٢٠٠٣ .

ومع ازدياد عدد المشافي ازداد عدد الأسرّة ، فقد ارتفع عدد الأسرة من (٦٢١٦) سرير عام ١٩٧٠ إلى (٢١٨١٧) سرير عام ٢٠٠٣، وهذا جعل مؤشر متوسط عدد السكان لكل سرير ينخفض من(١٠١٤) عام ١٩٧٠ إلى (٨٠٤) سرير عام ٢٠٠٣ .

ولقد استمرت تلك التطورات التي شهدتها الحالة الصحية في سورية في الفترة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ حيث استمر المستوى الصحي بالارتفاع ، فقد ازداد عدد أطباء الصحة من (٢٥٨٩٠) طبيب في عام ٢٠٠٤ إلى (٢٩٤٧٣) طبيب في عام ٢٠٠٨ .

وهذا أدى إلى انخفاض مؤشر متوسط عدد السكان لكل طبيب من (٦٩٤) طبيب في عام ٢٠٠٤ إلى (٦٦٧) طبيب في عام ٢٠٠٨ . كما ازداد عدد الممرضين والممرضات من (٢٨٦٦٥)ممرض وممرضة عام ٢٠٠٤ إلى (٣١١٩٩)ممرض وممرضة عام ٢٠٠٨ .

ويظهر ذلك من خلال الجدول رقم (١-٢١) الذي يبين تطور ذوي المهن الطبية بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٨

جدول رقم (١-٢١)

تطور ذوي المهن الطبية بين عامي (٢٠٠٤-٢٠٠٨)

٢٠٠٨	٢٠٠٧	٢٠٠٦	٢٠٠٥	٢٠٠٤	البيان
٢٩٤٧٣	٢٩٥٠٦	٢٧٦٣٦	٢٨٢٤٧	٢٥٨٩٠	عدد أطباء الصحة
٦٦٧	٦٥٠	٦٦٧	٦٤٢	٦٩٤	شخص لكل طبيب
١٥٥٦٠	١٣٧٤٢	١٣٧٦٦	١٥٧٢٥	١٥٣١٢	عدد أطباء الأسنان
١٢٦٣	١٣٩٥	١٣٥٩	١١٥٣	١١٧٤	متوسط عدد السكان لكل طبيب أسنان
١٥٦٤٧	١٤٨٩٥	١٢١٩٢	١٣٢١٨	١٢٧٢٤	عدد الصيادلة

شخص لكل صيدلي	١٤١٣	١٣٧٢	١٥٣٥	١٢٨٧	١٢٥٦
عدد المساعدون الفنيون	١٦٥٤٢	١٧٢٣١	١٦٥٦٣	١٩٥٢٤	٢١٣٠٣
عدد القابلات والمجازات	٥٤٤٣	٥٤٩٤	٥٤٩١	٥٥٣٩	٥٣٤٣
عدد الممرضون والممرضات	٢٨٦٦٥	٢٩١١٠	٢٩٦٦٣	٣٠٦٧٢	٣١١٩٩

المصدر :المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩ جدول رقم ١٢/٢

كما نلاحظ من الجدول السابق رقم (١-٢١) أن عدد أطباء الأسنان ارتفع من (١٥٣١٢) في عام ٢٠٠٤ إلى (١٥٥٦٠) طبيب عام ٢٠٠٨ . كما ارتفع عدد الصيادلة من (١٢٧٢٤) عام ٢٠٠٤ إلى (١٥٦٤٧) صيدلي عام ٢٠٠٨ ، وأدى ذلك إلى انخفاض مؤشر متوسط عدد السكان لكل صيدلي من (١٤١٣) شخص عام ٢٠٠٤ إلى (١٢٥٦) شخص عام ٢٠٠٨ ، وارتفع عدد المساعدين الفنيين من (١٦٥٤٢) عام ٢٠٠٤ إلى (٢١٣٠٣) مساعد فني عام ٢٠٠٨ .

ومع ازدياد عدد العاملين في القطاع الصحي تزايد أيضا عدد المستشفيات الحكومية والخاصة وعدد الأسرّة في الفترة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ وهذا مايظهره الجدول رقم (١-٢٢) الذي يبين توزع المشافي والمصحات والأسرة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ .

جدول رقم (١-٢٢)

توزع المشافي والمصحات والأسرّة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨

السنوات	مشافي حكومية		مشافي خاصة		المجموع		
	عدد	أسرة	عدد	أسرة	عدد	أسرة	متوسط عدد السكان لكل سرير
٢٠٠٤	٧٨	١٥٤٨٧	٣٧٦	٦٧٩٥	٤٥٤	٢٢٢٨٢	٨٠٧
٢٠٠٥	٨٥	١٦٤٠٢	٣٧٣	٧٣٩٦	٤٥٨	٢٣٧٩٨	٧٦٢
٢٠٠٦	١١٠	٢٠٢٩٦	٣٥٣	٧١٤٧	٤٦٣	٢٧٤٤٣	٦٨٢
٢٠٠٧	١١٤	٢١١٠٤	٣٥٥	٧٦٤٦	٤٦٩	٢٨٧٥٠	٦٦٧
٢٠٠٨	١١٧	٢١٨٤٩	٣٦٥	٨٣٦١	٤٨٢	٣٠٢١٠	٦٥٠

المصدر :المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩ .جدول ١٢/٤ .

نلاحظ من الجدول رقم (١-٢٢) ازدياد عدد المشافي الحكومية من (٧٨) مشفى في عام ٢٠٠٤ إلى (١١٧) مشفى عام ٢٠٠٨ . وازداد عدد المشافي الخاصة من (٣٥٥) مشفى خاص عام ٢٠٠٧ إلى (٣٦٥) مشفى خاص عام ٢٠٠٨ .

ومع ازدياد عدد المشافي ازداد عدد الأسرّة ، فقد ارتفع عدد الأسرّة من (٢٢٢٨٢) سرير عام ٢٠٠٤ إلى (٣٠٢١٠) سرير عام ٢٠٠٨ ، وهذا جعل مؤشر متوسط عدد السكان لكل سرير ينخفض من (٨٠٧) شخص لكل سرير عام ٢٠٠٤ إلى (٦٥٠) شخص لكل سرير عام ٢٠٠٨ .

وبالنسبة للمراكز الصحية العامة والتخصصية بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ فإننا نلاحظ أن عدد المراكز الصحية العامة ارتفع من (١١٧٥) عام ٢٠٠٤ إلى (١٣٥٠) مركز صحي عام في عام ٢٠٠٨ . كما ارتفع عدد المراكز الصحية التخصصية من (٤٣) مركزاً عام ٢٠٠٤ إلى (٥٤) مركزاً عام ٢٠٠٨ .

وهذا مايظهره الجدول رقم (١-٢٣) الذي يوضح المراكز الصحية العامة والتخصصية خلال الفترة من ٢٠٠٤-٢٠٠٨ .

جدول رقم (١-٢٣)

السنوات	المراكز الصحية العامة			المراكز الصحية التخصصية	المجموع العام	النقاط الطبية	العيادات الشاملة	المجموع
	حضر	ريف	مجموع					
٢٠٠٤	٣٧٣	٨٠٢	١١٧٥	٤٣	١٢١٨	٢٥٥	١٤	١٤٨٧
٢٠٠٥	-*	-	١٢٢٠	٤٦	١٢٦٦	٢٦٢	١٨	١٥٤٦
٢٠٠٦	-	-	١٣٠٢	٤٨	١٣٥٠	٢٦١	١٩	١٦٣٠
٢٠٠٧	-	-	١٣١٥	٥٢	١٣٦٧	٢٦٠	٢٢	١٦٤٩
٢٠٠٨	-	-	١٣٥٠	٥٤	١٤٠٤	٢٧١	٢٩	١٧٠٤

المراكز الصحية العامة والتخصصية خلال الفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٨

المصدر : المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٩ .جدول ١٢/٧ .

*هكذا ورد في المجموعات الإحصائية السابقة.

كما نلاحظ من الجدول رقم (١-٢٣) ازدياد عدد النقاط الطبية من (٢٥٥) نقطة عام ٢٠٠٤ إلى (٢٧١) عام ٢٠٠٨ . وارتفع عدد العيادات الشاملة من (١٤) عيادة عام ٢٠٠٤

إلى (٢٩) عيادة عام ٢٠٠٨ . وبالتالي نلاحظ ارتفاع مجموع المراكز الصحية من (١٤٨٧) مركز عام ٢٠٠٤ إلى (١٧٠٤) مركز صحي عام ٢٠٠٨ .

وبالنسبة للخدمات المقدمة في المراكز الصحية خلال الفترة من ٢٠٠٤ إلى ٢٠٠٨ ،نلاحظ التطورات الايجابية التي شهدتها تلك الخدمات سواء فيما يتعلق بلقاحات الأطفال ورعاية الحوامل، والرقابة الصحية وبرامج التغذية والخدمات العلاجية للمرضى ، بالإضافة إلى الخدمات السنية والمخبرية المقدمة في المراكز الصحية ، كلها شهدت ارتفاعاً ملحوظاً في تلك الفترة . حيث نلاحظ ارتفاعاً كبيراً للقاحات المقدمة للأطفال فقد ارتفعت من (٦١٥٥٤٨٩) عام ٢٠٠٤ إلى (٩٣٢٦٧٦١) لقاح عام ٢٠٠٧ ثم وصلت إلى (١١٦٤٣٣٥٩) عام ٢٠٠٨ .كما ارتفعت الخدمات المقدمة لرعاية الحوامل من (٩٨٢٤٦) عام ٢٠٠٤ إلى (٩٩٣٢٧) عام ٢٠٠٨.

وهذا مايتضح لنا في الجدول رقم (١-٢٤) الذي يظهر الخدمات المقدمة في المراكز الصحية للفترة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ .

جدول رقم (١-٢٤)

الخدمات المقدمة في المراكز الصحية للفترة ٢٠٠٤-٢٠٠٨

البيان	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨
لقاحات أطفال	٦١٥٥٤٨٩	٧٥١٣١٨٠	٨٠٥٦٧١٣	٩٣٢٦٧٦١	١١٦٤٣٣٥٩
كزاز للنساء	٤٨٧١٠٧	٥١١٠١	٤٢١٧٦١	٣٩١١٥٦	٣٨٧٨٨٥
عيادة الطفل السليم	٤٣٤٨٨٣	٣١٢٢٠٧	٣٢٠٧٦٦	٣١٦٦٤٩	٢٩٢٦١١
تنظيم الأسرة	٥٦٠٥٨٢	٥٨٩٨٦٨	٦٠٩٢٩٩	٦٢٦٩٢١	٦٧٥٣٨٢
رعاية حوامل	٩٨٢٤٦	١٠٠٨٦٦	٩٨٨٤٨	٩١٢١٩	٩٩٣٢٧
تثقيف صحي	٢٥٣٥٩٤	١٨٢٣٢٤	٢٠٦٤٤٥	٢٠١٣٨٨	٢٠٩٣٧٤
الرقابة الصحية	١٠٦٩٩٨	٨٠٥٤٧	٧٨٧٩٤	٧٩٨٢٠	٨٣٣٢٢
برنامج التغذية	٧٠٤٩٦٠	٦٠٦٧١٢	٧٥٤٥٢٢	٨٢١٢٦٥	٩٤٤٩٠٧
خدمات علاجية للمرضى	٣٤٣٤٣٤٦	٣٤٩٤٣٥٢	٤٠٤١٦٩٩	٤١١١٣٦٧	٤٤٢٦٦١٤
خدمات سنية	١٠٦٢٢٤٤٣	١١٧٢٧١٤	١١٧١٥٩٢	١١٩٦٤٢٥	١٣١٨٥٩٨
خدمات مخبرية	١٧٦٩٩٩٨	٢٠٣١٩٨٤	١٩١٦٨٠٥	٢٠١٧٣٢٥	٢٢٢٩٦٨٧
العيادات الشاملة	١٢٣٧١٥٧	١٣٦٢١٢٤	١٩٣٠٩٥٠	٢١٥٥٠٣٢	٢٦٠٨٧٨٩

حملات التلقيح	١٣٩٧٢٣٣	٧٥١٣١٨٠	-*	-	-

المصدر :المجموعات الإحصائية لأعوام ٢٠٠٩-٢٠٠٨ .*هكذا ورد في المجموعات الإحصائية السابقة.

كما نلاحظ من الجدول السابق رقم (١-٢٤) ازدياد الخدمات العلاجية المقدمة للمرضى من (٣٤٣٤٣٤٦) خدمة عام ٢٠٠٤ إلى (٤١١١٣٦٧) خدمة عام ٢٠٠٧ إلى (٤٤٢٦٦١٤) خدمة علاجية عام ٢٠٠٨ .

وكذلك بالنسبة لبرامج التغذية المقدمة في المراكز الصحية التي طرأ عليها ارتفاعاً ملحوظاً من (٧٠٤٩٦٠) برنامج عام ٢٠٠٤ إلى (٨٢١٢٦٥) عام ٢٠٠٧، ثم وصلت إلى (٩٤٤٩٠٧) برنامج عام ٢٠٠٨ .

وكذلك نلاحظ ارتفاع الخدمات السنية المقدمة للمواطنين من (١٠٦٢٤٤٣) عام ٢٠٠٤ إلى (١١٩٦٤٢٥) خدمة سنية عام ٢٠٠٧ وتابعت ارتفاعها لتصل إلى (١٣١٨٥٩٨) خدمة سنية عام ٢٠٠٨ . كما نلاحظ ارتفاعاً ملحوظاً على خدمة العيادات الشاملة، فقد ارتفعت من (١٢٣٧١٥٧) عام ٢٠٠٤ إلى (٢١٥٥٠٣٢) عام ٢٠٠٧ ، ثم ارتفعت إلى (٢٦٠٨٧٨٩) عام ٢٠٠٨ .

أما بالنسبة للأدوية المصنعة محلياً ،فقد شهدت تطورات إيجابية خلال الفترة من عام ٢٠٠٠ إلى٢٠٠٨ ، حيث ازداد عدد الأصناف الدوائية المصنعة محلياً وازداد عدد معامل الأدوية بشكل ملحوظ ، كما ارتفعت نسبة التغطية بالأدوية المحلية من إجمالي الأدوية إلى ٩٠ % عام ٢٠٠٨.

وهذا ما يظهر في الجدول رقم (١-٢٥) الذي يبين مقارنة للأدوية بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٨.

جدول رقم (١-٢٥)

تطور عدد لمعامل الأدوية وأصنافها خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٨

البيان	عدد الأصناف الدوائية المصنعة محليا	عدد تحاليل الرقابة على الدواء	عدد معامل الأدوية المحلية	نسبة التغطية بالأدوية المحلية من إجمالي الأدوية%
٢٠٠٠	٢٩٠٣	١١٧٠٠	٥٤	٨٧
٢٠٠١	٣٢١٤	١٢٧٠٠	٥٤	٨٨
٢٠٠٢	٣٥٥٦	١٤١٠٠	٤٥	٨٧
٢٠٠٣	٣٨٩٥	١٤٧٥٦	٤٧	٩٠
٢٠٠٤	٤٦١٨	١٦١٠٠	٥٢	٩٠
٢٠٠٥	٥١٦٥	١٥٠٦٥	٥٤	٩٠

٩٠	٥٦	١٥٢٥٠	٥٧٠٩	٢٠٠٦
٩٠	٥٩	١٤٠٥٠	٥٨٠٠	٢٠٠٧
٩٠	٦٦	١٤١٣٩	٦١٦٨	٢٠٠٨

المصدر :المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠٩-٢٠٠٨-٢٠٠٧-٢٠٠٦-٢٠٠٥-٢٠٠٤

نلاحظ من الجدول رقم (١-٢٥) أن عدد الأصناف الدوائية المصنعة محلياً ارتفع من (٢٩٠٣) صنف دواء في عام ٢٠٠٠ إلى (٤٦١٨) صنف دواء في عام ٢٠٠٤ ،ثم وصل إلى (٦١٦٨) صنف دواء عام ٢٠٠٨ .

كما نلاحظ أن عدد معامل الأدوية المحلية انخفض من (٥٤) معملاً عام ٢٠٠٠ إلى (٥٢) معملاً في عام ٢٠٠٤ ثم ارتفع إلى (٦٦) معملاً عام ٢٠٠٨ . كما ازداد عدد تحاليل الرقابة على الدواء من (١١٧٠٠) تحليل عام ٢٠٠٠ إلى (١٤١٣٩) تحليل عام ٢٠٠٨ . وارتفعت نسبة التغطية بالأدوية المحلية من إجمالي الأدوية من (٨٧ %) عام ٢٠٠٠ إلى (٩٠ %) عام ٢٠٠٨ .

وبالنسبة لمجموع الخدمات التي قدمتها وزارة الصحة خلال الفترة بين عامي ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ نلاحظ ارتفاعاً ملحوظاً في مجموع الخدمات الصحية المقدمة من قبل المراكز الصحية و المشافي والخدمات الاسعافية،وهذا مانجده في الجدول رقم (١-٢٦) الذي يبين مجموع الخدمات التي قدمتها وزارة الصحة في الفترة بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٨ .

جدول رقم (١-٢٦)

مجموع الخدمات التي قدمتها وزارة الصحة خلال الفترة ٢٠٠٤- ٢٠٠٨(ل . س)

البيان	٢٠٠٤	٢٠٠٧	٢٠٠٨
المراكز الصحية	٢٥٠٦٦٢٠١	٢١٣٣٥٣٢٨	٢٤٩١٩٨٥٥
المشافي	١٤٤٥٠٣٩١	١٨٣٧١٣٧٧	١٩٤٤٣٤٢٥
الإسعاف	٣٠٤٣٤٤٠	٣٧٨٧٢٦٣	٤٠٥٠٥٦٨
المجموع	٤٢٥٦٠٠٣٢	٤٣٤٩٣٩٦٨	٤٨٤١٣٨٤٨

المصدر :المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠٩-٢٠٠٨-٢٠٠٧-٢٠٠٦-٢٠٠٥-٢٠٠٤

نلاحظ من الجدول السابق رقم (١-٢٦) انخفاض الخدمات المقدمة في المراكز الصحية من (٢٥٠٦٦٢٠١) عام ٢٠٠٤ إلى (٢١٣٣٥٣٢٨) عام ٢٠٠٧ ولكنها عادت وارتفعت إلى

(٢٤٩١٩٨٥٥) عام ٢٠٠٨، بينما ارتفعت الخدمات المقدمة في المشافي من (١٤٤٥٠٣٩١) إلى (١٨٣٧١٣٧٧) عام ٢٠٠٧ ، ثم وصلت إلى (١٩٤٤٣٤٢٥) عام ٢٠٠٨ . وبالنسبة للخدمات الاسعافية فقد ارتفعت من (٣٠٤٣٤٤٠) عام ٢٠٠٤ إلى (٣٧٨٧٢٦٣) عام ٢٠٠٧ ، ووصلت إلى (٤٠٥٠٥٦٨) عام ٢٠٠٨ . وبالتالي نجد ارتفاع مجموع الخدمات الصحية المقدمة من وزارة الصحة من (٤٢٥٦٠٠٣٢) عام ٢٠٠٤ إلى (٤٨٤١٣٨٤٨) عام ٢٠٠٨ .

وبالنسبة لتوزع الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء خلال الفترة بين ٢٠٠٠-٢٠٠٨ ،فإننا نجد تزايداً لأعداد الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء سواء مختصين أو ممارسين عامين ،وذلك خلال تلك الفترة والجدول رقم (١-٢٧) يوضح ذلك التزايد لأعداد الأطباء .

جدول رقم (١-٢٧)

توزع الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٨

البيان	مجموع الأطباء المختصين	ممارس عام	المجموع
٢٠٠٠	١٠٧٦٩	١١٦٣٩	٢٢٤٠٨
٢٠٠١	١١٦٢٨	١٢١٥٦	٢٣٧٨٤
٢٠٠٢	١٢٨٦٠	١٢٢١٣	٢٥٠٧٣
٢٠٠٣	١٢٣٩١	١٢٠٨٢	٢٤٤٧٣
٢٠٠٤	١٣٣٨٦	١٢٥٠٤	٢٥٨٩٠

٢٠٠٥	١٥٢٠٧	١٣٠٤٠	٢٨٢٤٧
٢٠٠٦	١٥٢٧٠	١٢٣٦٦	٢٧٦٣٦
٢٠٠٧	١٥٠٦٢	١٤٤٤٤	٢٩٥٠٦
٢٠٠٨	١٧٠٤٧	١٢٤٢٦	٢٩٤٧٣

المصدر :المجموعات الإحصائية لأعوام ٢٠٠٤-٢٠٠٥-٢٠٠٦-٢٠٠٧-٢٠٠٨-٢٠٠٩

نلاحظ من الجدول السابق ارتفاع مجموع الأطباء المختصين من (١٠٧٦٩) عام ٢٠٠٠ إلى (١٣٣٨٦) طبيب مختص عام ٢٠٠٤ ، ثم ارتفع العدد إلى (١٧٠٤٧) طبيب مختص عام ٢٠٠٨ . كما نلاحظ ارتفاع عدد الممارسين العامين من (١١٦٣٩) ممارس عام في عام ٢٠٠٤ إلى (١٢٥٠٤) ممارس عام في عام ٢٠٠٤ ، ثم انخفض قليلاً إلى (١٢٤٢٦) ممارس عام في عام ٢٠٠٨ . وبالتالي نجد ارتفاع مجموع الأطباء المسجلين في نقابة الأطباء من (٢٢٤٠٨) طبيب في عام ٢٠٠٠ إلى (٢٥٨٩٠) طبيب في عام ٢٠٠٤ إلى (٢٩٤٧٣) طبيب عام ٢٠٠٨ .

وبالنسبة لحركة المرضى في مشافي وزارة الصحة خلال تلك الفترة بين عامي ٢٠٠٤ و ٢٠٠٨، فإننا نجد انخفاض حركة المرضى في العيادات الخارجية من (٢١٤٥١٦١) عام ٢٠٠٤ إلى (١٦٤٧٦٥٢) عام ٢٠٠٨ .وهذا مانجده في الجدول رقم (١-٢٨) الذي يوضح حركة المرضى في مشافي وزارة الصحة خلال الفترة بين ٢٠٠٤ و٢٠٠٨ .

جدول رقم (١-٢٨)

حركة المرضى في مشافي وزارة الصحة للفترة ٢٠٠٤ -٢٠٠٨

البيان	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨
العيادات الخارجية	٢١٤٥١٦١	٢٣٠٦٢٠٥	١٩٣٩٦٢٣	١٧٥٧٢٤٨	١٦٤٧٦٥٢
مراجعو الإسعاف	٣٠٤٣٤٤٠	٣٣٢٠٢٣٠	٣٧٤١١٥١	٣٧٨٧٢٦٣	٤٠٥٠٥٦٨
العمليات الجراحية	٤٢٥٣٥٧	٤٥٩٤٧١	٤٥١٢٩٨	٥٤٠٢٨٢	٦٧٦٩٨٧
خدمات مخبرية	٩٥٥٧٦٩٨	١٠٥٦٦٤٤٤	١٠٩٩٥٥٦٥	١١٤٥٢٩٩٧	١١٩٦٧٨٤١

قسم الأشعة	١٦٤٦٣٦١	١٨٧١٨٣٧	١٩٧٧٨٢٨	٢١٧٧٧٧٨	٢٤٧٧٦٢٥
المعالجة الفيزيائية	١٧٢١٨٥	١٨٧٨٨٦	٢٢٧٢٤٨	٢٤٢٧٦٦	٢٥٨٩٢٩
تنظير	٣٧٠١١٢	٣٩٣٨٢٩	٣٠٥٧٥	٣٠٣٩٨	٣٠٧٨٧
تخطيط	–	–	٤٣١٧٢١	٤٧٧٠٠٩	٥٠٥٧٧٧
عدد المرضى بالعناية المشددة		–	٧١٤٥٢	٧٦٢٨٤	٧٩٥٠٣
الكلية الصناعية	١٢٩٨٤٨	١٤٩٤٦٩	١٦٥١٠٦	١٩٩١٣٢	٢٠٧١٧٠

المصدر :المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠٤-٢٠٠٥-٢٠٠٦-٢٠٠٧-٢٠٠٨-٢٠٠٩

*:هكذا ورد في المجموعات الإحصائية السابقة .

كما نلاحظ من الجدول السابق ارتفاع مراجعي الإسعاف في مشافي وزارة الصحة من (٣٠٤٣٤٤٠) مراجع عام ٢٠٠٤ ، إلى (٤٠٥٠٥٦٨) مراجع عام ٢٠٠٨ . كما ارتفعت العمليات الجراحية في المشافي من (٤٢٥٣٥٧)عملية عام ٢٠٠٤ إلى (٦٧٦٩٨٧) عملية عام ٢٠٠٨ . كما ازدادت حركة المرضى للحصول على الخدمات المخبرية في تلك المشافي من (٩٥٥٧٦٩٨) مريض عام ٢٠٠٤ إلى (١١٩٦٧٨٤١) مريض عام ٢٠٠٨ . وكذلك الأمر بالنسبة للمرضى في قسم الأشعة، فقد ارتفع عددهم من (١٦٤٦٣٦١) مريض عام ٢٠٠٤ إلى (٢٤٧٧٦٢٥)مريض عام ٢٠٠٨ .وأيضا نلاحظ ارتفاع عدد المعالجات الفيزيائية المقدمة للمواطنين في تلك المشافي من (١٧٢١٨٥)معالجةعام ٢٠٠٤ إلى (٢٥٨٩٢٩) معالجة عام ٢٠٠٨ .كما نلاحظ ازدياد عدد المرضى الذين حصلوا على كلية صناعية من (١٢٩٨٤٨)مريض عام ٢٠٠٤ إلى (٢٠٧١٧٠)مريض عام ٢٠٠٨ . وبالنسبة لحركة المرضى في المشافي الخاصة خلال الفترة بين عامي ٢٠٠٣ و٢٠٠٨ ،فإننا نجد ارتفاعاً في حركة المرضى في العيادات الخارجية من (٢٥٧٣٩٥) عام ٢٠٠٤ إلى (٣٧٩٧٨٥) عام ٢٠٠٨ ،كما نلاحظ ازدياد عدد مراجعي الإسعاف من (٢١٩٣٠٢) عام ٢٠٠٣ إلى (٢٥٤٩٩٩) عام ٢٠٠٤ وواصل ارتفاعه ليصل إلى (٤٥٨٣٨٠) مراجع عام ٢٠٠٨ .وهذا مايظهر في الجدول رقم (١-٢٩) الذي يوضح حركة المرضى في المشافي الخاصة للفترة من (٢٠٠٣ – ٢٠٠٨)

جدول رقم (١-٢٩)

حركة المرضى في المشافي الخاصة للأعوام ٢٠٠٣-٢٠٠٨

البيان	٢٠٠٣	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨
العيادات الخارجية	٢٥٧٣٩٥	٢٣٣١٦٥	٢٠٥١٦٧	٢٣٣٤١٤	٢٧٢٦٤٩	٣٧٩٧٨٥
مراجعو الإسعاف	٢١٩٣٠٢	٢٥٤٩٩٩	٢٦٨٥٨٣	٢٠١٦٨٥	٢٨٤٨٥٣	٤٥٨٣٨٠

العمليات الجراحية	١١٥٩٧٦	١١٦٦٠٦	١٢٢٤٤٧٨	١٢٣٢٩٣	١٣٧٩٥١	١٩٦٤٣٨
الولادات الطبيعية	–	–	–	–	–	٤٦٩٩٠
خدمات مخبرية	٨١٧٣٢٨	٨٠٠٦٨٥	٨١١٥٨٢	٤٢٠٤١٥	٦٠٩٢٠٠	٤٦٣١٥٨
قسم الأشعة	١٩٥٠٧٠	١٨١٢١٨	١٩٠٥٦٤	١٠٠٣٣٠	١٤٣٧٨٦	١٩١٧٣٣
المعالجة الفيزيائية	٦٥٦	٢٠٨٧	٢٠٩٠	٧٣٤٥	٧٥٩٠	١٥٨٧
التنظير والتخطيط	٢٢٧٧٥	١٨٩٣٨	١٨٤١١	٦١٨٤	٧٤٧٣	١٢٦٩٠
الكلية الصناعية عدد الجلسات	٤١٣٨	٣٨٥٤	٤٦٦٠	١٣١٥٧	١٢٨٢٨	١٤٨١٠

المصدر :المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠٤-٢٠٠٥-٢٠٠٦- ٢٠٠٧-٢٠٠٨ -٢٠٠٩.

*:هكذا ورد في المجموعات الإحصائية السابقة.

كما نلاحظ من الجدول السابق رقم (١-٢٩) ازدياد عدد المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية في المشافي الخاصة من (١١٥٩٧٦) عام ٢٠٠٣ إلى (١١٦٦٠٦) عام ٢٠٠٤ إلى أن وصل العدد إلى (١٩٦٤٣٨) عملية جراحية عام ٢٠٠٨ . أما المرضى الذين حصلوا على خدمات مخبرية، فقد تناقص عددهم من (٨١٧٣٢٨) عام ٢٠٠٣ إلى (٤٦٣١٥٨) عام ٢٠٠٨، وانخفض عدد المرضى في قسم الأشعة من (١٩٥٠٧٠) عام ٢٠٠٣ إلى (١٩١٧٣٣) عام ٢٠٠٨ ، وارتفع عدد المرضى في المعالجة الفيزيائية من (٦٥٦) مريض إلى (١٥٨٧) مريض عام ٢٠٠٨ . بينما انخفض عدد مرضى التنظير والتخطيط من (٢٢٧٧٥) إلى (١٢٦٩٠) عام ٢٠٠٨ . وارتفع عدد جلسات الكلية الصناعية للمرضى في المشافي الخاصة من (٤١٣٨) جلسة عام ٢٠٠٣ إلى (١٤٨١٠) جلسة عام ٢٠٠٨ .

وبالنسبة لمرضى مشافي وزارة الصحة خلال الفترة بين عامي ٢٠٠٠ و٢٠٠٨ ،فنلاحظ ازدياد عدد الأيام التي قضاها المرضى داخل مشافي وزارة الصحة من (١٦٧٢١٣٩) أيام عام ٢٠٠٠ إلى (٢٢٤٤٣٨٦) عام ٢٠٠٤ ووصل إلى (٢٥١٦٦٣٣) عام ٢٠٠٨ .

وهذا مانجده في الجدول رقم (١-٣٠) الذي يبين مرضى مشافي وزارة الصحة في تلك الفترة.

جدول رقم (١-٣٠)

مرضى مشافي وزارة الصحة خلال الفترة ٢٠٠٠-٢٠٠٨

السنوات	مجموع أيام المرضى الداخلين*	مجموع أيام المرضى الخارجين**	متوسط أيام مكث المريض الواحد في المستشفى***
٢٠٠٠	١٦٧٢١٣٩	١٦٧٥٦٩٤	٢.٤٨

٢٠٠١	١٩١٢٩٣٩	١٦٥٣٩٨٠	٢.٣٧
٢٠٠٢	١٩٨٣٨٨٣	١٧٣٧٢٦٨	٢.٣٦
٢٠٠٣	٢١٣٨٥٥٢	١٧٣٦٢٥٢	٢.٢٩
٢٠٠٤	٢٢٤٤٣٨٦	١٧٧٦١٧٨	٢.٢٠١
٢٠٠٥	٢٣٣٦١٥٢	١٨٢١٥٠٢	٢.١٢
٢٠٠٦	٢١٩٤٦٤٥	١٩٥٢٣٧٤	٢.٢٨
٢٠٠٧	٢٤٩٥٢٠٨	٢٠٦٧٠٥٦	٢.٣٣
٢٠٠٨	٢٥١٦٦٣٣	٢٢٥١١٧١	٢.٤٣

المصدر :المجموعات الإحصائية للأعوام ٢٠٠٩-٢٠٠٨-٢٠٠٧-٢٠٠٦

*مجموع أيام المرضى الداخلين إلى المشافي .

**مجموع المرضى الخارجين من المشافي والذين قضوا ليلة واحدة على الأقل.

***يحسب للمرضى الذين قضوا ليلة واحدة على الأقل في المشفى .

ومن كل ما عرض في الجداول السابقة من حركة المرضى في المشافي ،وتوزع الأطباء والخدمات التي قدمتها وزارة الصحة، وتطور معامل الأدوية وخدمات المراكز الصحية، وتوزع المشافي والمصحات ومتوسط عدد السكان لكل طبيب ولكل سرير، نلاحظ ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى الفرد والأسرة.

وبالتالي نلاحظ انخفاض معدل الوفيات، وهذا ما يؤكد صحة الفرضيتين الثانية والرابعة في بحثنا هذا.

2-2-1- الصعوبات (المشكلات)التي تواجه القطاع الصحي في سورية :

يتمثل التحدي الرئيسي الذي تواجهه النظم الصحية في تأمين المستوى المناسب من التمويل لمواكبة تصاعد تكاليف الخدمات الصحية، الذي يرهق الحكومة ويؤدي إلى ضعف دورها في مجال تمويل الرعاية الصحية الكاملة وتقديمها للمواطنين، لذا ينبغي إعداد النظم الصحية إعداداً جيداً لتنفيذ الأهداف الرئيسية المتمثلة في تحسين صحة السكان والاستجابة لاحتياجاتهم والحد من التفاوت الصحي وتأمين تمويل معقول للرعاية الصحية. ويتطلب هذا الإعداد: الإدارة الجيدة والتحليل الاقتصادي، و إصدار التشريعات الصحية لخدمة الأنشطة المشتركة بين القطاعين العام والخاص، وضمان الجودة، والانسجام بين التنمية الصحية وبين التنمية الشاملة بما في ذلك المحددات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية للصحة والتنمية والتأمين الصحي باعتباره الأكثر عدالة واستمراراً.ولذلك نلاحظ أن دول العالم حالياً الفقيرة منها والغنية تواجه تحديات هامة في مجال تطوير الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين وذلك في مجال التغطية الشاملة ورفع مستوى المهنة المتعارف عليه والتحكم في ارتفاع تكلفة الخدمات.

كما نجد ارتفاع تكاليف الوسائل التشخيصية والعلاجية.وأن الزيادة السكانية ستتطلب زيادة في الخدمات الصحية حيث يتضاعف عدد السكان في الدول النامية مرة كل 20-35عاماً.بالإضافة إلى ارتفاع متوسط الأعمار نتيجة لتطور الخدمات الصحية والاقتصادية، لذا يزداد عدد المسنين الذين يحتاجون إلى رعاية صحية قد تصل تكلفتها إلى خمسة أضعاف التكلفة لمن هم تحت الستين من العمر. يشكل الإنفاق الصحي في الدول الصناعية نسبة تتراوح بين 8-14 % من الدخل القومي، حيث ارتفع الإنفاق في الولايات المتحدة للفرد في الفترة الواقعة بين العامين 1990 و 1999 من 3500 إلى 4200 دولاراً، وفي بريطانيا من 1250 إلى 1570 دولاراً، وفي فرنسا من 2045 إلى 2300 دولاراً. أمّا في سورية فهو أقل من ذلك بكثير، ولا يتجاوز 50 دولاراً للفرد في العام، وهكذا نلاحظ التفاوت الكبير بين الدول في قيمة تكلفة الإنفاق الصحي [١].

ويواجه القطاع الصحي في سورية العديد من التحديات والضغوط، وأهمها:

-الزيادة السكانية البالغة حوالي 400 ألف نسمة سنوياً.

-النقص في الموارد المتاحة من جراء ارتفاع التكلفة الاقتصادية للخدمات الصحية وعدم ضمان تحقيق العدالة في توزيعها.

- المشكلات الصحية الراهنة والمتمثلة بالأمراض السارية والأمراض المزمنة والحوادث، والتي تفرض على القطاع الصحي إعادة هيكلة مؤسساته، والتطوير الإداري وضبط الجودة.
- إجراء البحوث الطبية للمساهمة في حل المشكلات الصحية القائمة.
- توفير التمويل المادي وتعزيز التنسيق بين الوزارات والجهات المعنية بالقطاع الصحي.

(١)- د.ديواني ،هشام،٢٠٠٨-مقالة حول الصعوبات التي تعترض الضمان الصحي السوري.

ويمكن تحديد المشكلات التي تعترض القطاع الصحي بالاتي [١]:

<u>أولاً</u> من وجهة نظر المريض :

١- ضعف المعلومات عن النظام الصحي وخياراته وبدائله.

٢- عدم الرضا.

٣- عدم القناعة بالعلاج الحكومي المجاني.

٤- العلاج الحكومي أصبح مكلفاً (شراء مستلزمات وأدوية).

٥- المعاملة السيئة التي يتلقاها المرضى في المشافي الحكومية.

٦- عدم إمكانية إجراء العمليات الكبيرة إلا بعد الانتظار عدة أشهر، وقد لا تسمح حالة المريض بالانتظار، مما يعرضه إلى خيارات صعبة (بيع كل ما يملك للجوء إلى القطاع الخاص، أو الانتظار والتعرض لخطر الموت، أو تفاقم المرض خلال مدة الانتظار).

٧- عدم المقدرة في الحصول على خدمات القطاع الخاص رغم الرغبة في ذلك.

٨- عدم وجود نظام تأميني صحي حتى بالنسبة لموظفي الدولة. يوجد في بعضها نظام تأمين صحي جزئي تؤمنه النقابات أو رب العمل (الدولة)، ويغطي جزءاً بسيطاً من تكاليف العلاج، وهناك عدد كبير من موظفي الدولة بدون تأمين صحي، بمن فيهم موظفو وزارة الصحة، ناهيك عن غالبية الناس غير الموظفين، وغير المستفيدين من أي شكل من أشكال التأمين الصحي.

<u>**ثانياً:**</u> من وجهة نظر العاملين في الخدمات الطبية:

١- السلبية وأداء الحد الأدنى (على قدر الراتب)

٢- عدم الرضا عن الدخل (زيادة الدخل بالعمل في القطاع الخاص).

٣- المحسوبية والتوصيات.

<u>**ثالثاً:**</u> مهنياً:

١- ضعف النظام وتجزئته كإدارة، وأداء، وتمويل، بالإضافة إلى دمج العمل بين القطاع الحكومي والقطاع الخاص، وهجرة العقول إلى الخارج، وتكدس العمالة الزائدة التمريضية في المراكز الصحية، ونقصها في بعض المشافي، والهدر، وسوء استخدام الأجهزة، والسمسرة، والتلاعب بالنوعيات والأسعار عند شراء المستلزمات.

---

(١)-العريان ،محمود - ٢٠٠٨. مقالة بعنوان الوضع الصحي في سورية

٢- محدودية النمو والتنمية و البحث العلمي في الجامعات.

انخفاض مستوى الأداء لدى جزء كبير من الأطباء لقصور في التدريب المستمر، وانخفاض المستوى التقني والعلمي عند معظم العناصر التمريضية، ولذلك تلاحظ زيادة في أعداد الأطباء والممرضات بدون تحسن في نوعية الخدمات المقدمة.

٣- عدم تفرغ الأطباء في القطاع الحكومي، مما أدى إلى قصور في الأداء والمتابعة، والاعتماد على الأطباء المتدربين والمقيمين.

٤- عدم مقدرة مراكز الأعمال الجراحية الكبيرة على سد احتياجات المرضى الوافدين، كمراكز القلب المفتوح، وجراحة الدماغ والأعصاب، وجراحة الأورام، ومراكز الطب النووي والمعالجة الكيميائية للسرطان، وهذا يؤدي إلى نتائج تنعكس في النهاية على حسن الأداء.

٥- الصناعات الدوائية ويلاحظ بأنها :

- صناعة تحويلية تعتمد على استيراد المواد الأولية من الخارج، ولا تعتمد على التصنيع الفعلي للدواء.
- في معظم الأحيان يتجه المنتجون إلى استيراد المواد الأولية من الهند والباكستان لرخص ثمنها، رغم انخفاض المادة الفعالة فيها، وعدم مطابقتها للمواصفات الدوائية المحددة في الترخيص.
- إنتاج المواد المتشابهة من الشركات المختلفة لوجود ربح كبير فيها، والابتعاد عن كثير من الأدوية اللازمة وهذا المجال يغطي الاستيراد أو التهريب.
- يلاحظ عدم وجود رقابة جدية على الصناعات الدوائية في القطر .

٧- القطاع الخاص: وهو يقدم الجزء الأكبر من الخدمات الصحية، سواء في العيادات الخاصة، أو في المشافي الخاصة ويلاحظ :

- أن معظم المشافي الخاصة صغيرة، وتفتقر لمقومات المشافي من حيث التجهيزات والشروط الفنية، ويستثنى من ذلك بعض المشافي في المحافظات الكبيرة.
- الأسعار الخيالية في المشافي الكبيرة.
- عدم وجود رقابة صحيحة على المشافي الخاصة من قبل وزارة الصحة.
- وأمام هذا الواقع المرضي يعيبُ النظامَ الصحي وجود الكثير من الثغرات التي تحول دون النهوض بالصحة، ولم تعد آليات العمل والمراقبة الحالية لمجمل النظام الصحي قادرة على مجابهة التحديات الناشئة، كما أن آليات تمويل هذا النظام، التي تؤخذ من الضرائب وغيرها، لم تعد قادرة على تغطية النفقات الصحية لعدة أسباب:

أولاً: تدهور وسائل تقييم أداء الخدمات ومستواها لغياب التحفيز على الأداء الجيد، وعدم المعاقبة على سوء الأداء، وغياب الدافع للمنافسة بين مقدمي الخدمات وبين المؤسسات لتحسين الخدمة، بالإضافة إلى الفارق بين الرواتب والدخل لدى الجهاز العامل في المؤسسات الصحية وعدم ملاءمته للمعايير المعتمدة دولياً.

ثانياً: أساليب الاستهلاك الصحي ليست لها علاقة بالحاجة، وهذا ناتج عن سوء الإدارة والتنظيم، فمثلاً تصرف الأدوية للمستوصفات شهرياً، ومهما كانت كميتها تنفد بعد عشرة أيام من تاريخ صرفها، والمريض الذي يأتي إلى المستوصف بعد هذه الفترة لا يجد دواء، فلا يزال سوء التوزيع والتخطيط السمة الأعم رغم كبر الشبكة التي اعتمدت آلية التنمية للمؤسسات الصحية. لذا لابد من الدعوة إلى إعادة الاعتبار لعقدة استقلالية المؤسسات وريعيتها لتحديد مدى الحاجة الفعلية [١].

وهكذا نجد أنه من الضروري إعادة النظر في دور الدولة في المجال الصحي، فهي تغطي 50 % من العبء المرضي للمجتمع السوري، إلا أنه يجب وضع الأولويات لتلك التغطية بحيث تتوجه هذه الخدمات إلى الطب الوقائي بكامله، والإسعافي، بالإضافة إلى التركيز على الأورام والأمراض التي يمكن معالجتها، والتي تشكل كارثة اقتصادية على العائلة ولاسيما أن 60 % من الأسر السورية تتعرض في مرحلة أو أكثر من حياتها لكوارث صحية، ويجب جعل أولويات تقديم الخدمات لهذه الأمراض، وللأدوية التي يحتاجها غالبية المواطنين، مع ضرورة مراجعة أولويات المجانية، والجزء الذي تغطيه الدولة، على المرافق الضرورية للاستمرار، وإعادة الهيكلية المطلوبة إلى المجتمع.

١- النقي، سمير. ٢٠٠٨ .ندوة:المشكلات التي تواجه القطاع الصحي.

ومن المشكلات التي تواجه القطاع الصحي التوزيع غير العادل للكادر الصحي العامل في القطاع العام، أي عدم تناسب عدد الأطباء في المحافظة مع عدد سكان المحافظة نفسها.

ويتضح ذلك من خلال الجدول رقم (١-٣١) الذي يبين أعداد أطباء الصحة ومتوسط عدد السكان لكل طبيب حسب المحافظات خلال عامي ٢٠٠٤-٢٠٠٨ كما يبين عدد الأسرّة ومتوسط عدد السكان لكل سرير بين عامي ٢٠٠٤-٢٠٠٨ .

جدول رقم (١-٣١)

متوسط عدد السكان لكل طبيب ولكل سرير خلال عامي ٢٠٠٤-٢٠٠٨

البيان	عدد أطباء الصحة		متوسط عدد السكان لكل طبيب		عدد المشافي		عدد الأسرّة		متوسط عدد السكان لكل سرير	
المحافظة	٢٠٠٤	٢٠٠٨	٢٠٠٤	٢٠٠٨	٢٠٠٤	٢٠٠٨	٢٠٠٤	٢٠٠٨	٢٠٠٤	٢٠٠٨
دمشق	٤٦٨٤	٥٧٤٧	٣٦٢	٢٩٢	٥٤	٥٥	٥٧٤٢	٦٥٢٤	٢٩٦	٢٥٨
ر.دمشق	٢٦٧٧	٣٠٨٦	٨٩٢	٨٢٠	٤١	٥٤	١٩١٥	٣٨٤١	١٢٤٧	٦٥٨
حلب	٤٨٤٢	٤٨٥٩	٨١٠	٩١٦	١١٠	١١٤	٤٦٢٩	٥٥٦١	٨٤٧	٨٠٠
حمص	٢٥٩٣	٢٩٦١	٦٠٢	٥٦٣	٤١	٤٣	١٥٢٨	٢٥٧٨	١٠٢١	٦٤٧
حماة	١٦٣١	٢٠٥٦	٨٥٦	٧٣٤	٤٨	٤٩	١٣٨٣	١٩٦٤	١٠٠٩	٧٦٨
اللاذقية	٢١٢٦	٢٤٥٦	٤٢٦	٣٨٧	١٦	٢٣	١٢٥٤	١٩٦٠	٧٢٢	٤٨٥
ديرالزور	٨٨٨	٩٠٦	١١٠١	١٢٢٦	٢٤	٢٤	١٠٦٠	١١٨٥	٩٢٣	٩٣٨
ادلب	١٠١٣	١٢٢١	١١٦٢	١١٢٧	٣٤	٣١	٦٧٦	٨٤٥	١٧٤١	١٦٢٨
الحسكة	٨٥٤	١٣٠٧	١٥٥٣	١٠٦٥	٣٨	٣٢	٨٩١	١٣٥٨	١٤٨٨	١٠٢٥
الرقة	٧١١	٨٠٤	١٠٢١	١٠٧٦	١٦	١٢	٦٥٩	٨٩١	١١٠٢	٩٧١
السويداء	٦٤٣	٦٧١	٤٩١	٥٢٠	٣	٦	٤٨٤	٧٥٤	٦٥٣	٤٦٣
درعا	٩٥٥	١٢٣٤	٨٦٥	٧٥٤	٩	١٦	٦٩٣	١٠٤٣	١١٩٢	٨٩٢
طرطوس	١٦٥٩	١٧٥٤	٤١٩	٤٣١	١٩	٢٢	١١٦٨	١٥٠٦	٥٩٥	٥٠٢
القنيطرة	٦١٤	٤١١	١١٤	١٩٥	١	١	٢٠٠	٢٠٠	٣٥٠	٤٠٠
المجموع	٢٥٨٩٠	٢٩٤٧٣	٦٩٤	٦٦٧	٤٥٤	٤٨٢	٢٢٢٨٢	٣٠٢١٠	٨٠٧	٦٥٠

المصدر :المجموعات الإحصائية لعامي ٢٠٠٤-٢٠٠٩

ففي عام ٢٠٠٤ كان متوسط عدد السكان لكل طبيب في دمشق 362 نسمة، مقابل 1553 نسمة في الحسكة. وكذلك الأمر في عدد الأَسِرّة في المشافي والمصحات العامة، حيث بينت مؤشرات عام 2004 أنّ متوسط عدد السكان لكل سرير يبلغ في الحسكة 1488 نسمة، مقابل 350 نسمة في القنيطرة، ويلاحظ عدم وجود أي تشجيع للاستثمار بالمجال الصحي في المحافظات النائية، بالإضافة إلى عدم تفرغ الكادر العامل وتضارب الخاص مع العام، وضعف الدخل والحوافز المقدمة له.

أما في عام 2008 فقد بلغ متوسط عدد السكان لكل طبيب في سورية 667 نسمة، وفي محافظة دمشق 292، وفي محافظة الحسكة 1065، وكذلك الأمر بالنسبة لعدد الأَسِرّة في

المشافي والمصحات العامة، حيث بلغ متوسط عدد السكان لكل سرير في سورية 650 نسمة، وفي دمشق 258 نسمة، وفي الحسكة 1025 نسمة، وفي القنيطرة 400 نسمة.

وقد ركزت الخطة الخمسية على قطاع الصحة، ورأت أنه دون تغيير آلية الفصل بين مقدم الخدمة وممولها والمشرف عليها لن يتم تحقيق الكفاءة الاقتصادية، ولا زيادة الإنتاجية، ولا إيصال الدعم إلى مستحقيه. لذلك ستكون هناك هيئة مشرفة على مقدمي الخدمات في المشافي لتحقيق الضمان الصحي الذي من خلاله سيزيد إنفاق الدولة على الصحة ولكن بشكل مرشد ودقيق، ليستفيد المواطن غير القادر على الدفع، أما المواطن الذي يستطيع فليدفع. وبذلك تتكفل الدولة بالدفع عن الفقير عبر سلة الخدمات المقدمة إلى المواطن. كما أنه من الضروري فصل جهات تمويل النظام الصحي عن شركات القطاع العام والخاص وغيرها، بوجود صندوق مستقل تساهم فيه الدولة والقطاع الخاص بمساهمة العمال في الضمان الصحي وجهات التمويل الخيرية وغيرها، والبدء في العمل على مستوى حجم بناء أساسي مستقل على أساس بنية وصلاحيات الإدارة، ووجود جهة رقابة منفصلة عن وزارة الصحة، وأن يتحول عمل الوزارة إلى جهة إشراف ومراقبة ووضع المعايير الفنية والمالية والضوابط لعمل المؤسسات الصحية كلها [١].

١-٢-٣- التخطيط الاستراتيجي للسياسة الصحية في سورية :

بالرغم من الانجازات الكثيرة التي تحققت في المجال الصحي خلال العقود الماضية مازالت سورية تواجه العديد من التحديات الصحية البارزة، فقد ظل الإنفاق الصحي غائباً، ومازالت معظم الخدمات الصحية علاجية أساساً، ويسيطر عليها قطاع خاص غير منظم، وبقي متوسط إشغال المشافي منخفضاً، واستمرت مقاييس جودة الرعاية الصحية الطبية في غيابها، نظراً لعدم وجود مقاربة وطنية باتجاه التحسين المستمر لنوعية خدمات الرعاية الصحية. يضاف إلى ذلك الارتفاع المطرد في تكاليف التداخلات العلاجية والتشخيصية والوقائية، والنمو السكاني المقترن بتزايد أعمار المواطنين، وبتزايد انتشار الأمراض غير المعدية، والذي سيشكل أعباء ضخمة بالنسبة لاستمرارية تأمين الرعاية الصحية في سورية وتمويلها. كما أن غياب الرؤية المستقبلية الواضحة قد يؤدي إلى خفض كفاءة الخدمات الصحية المقدمة وقلة إنتاجيتها[٢].

---

(١)- التقي، سمير.٢٠٠٨. ندوة السياسة الصحية في سورية .

(٢)- التقي، سمير.٢٠٠٨. ندوة حول صندوق الضمان الصحي في سورية .

وبناء على ما تقدم من أجل التخطيط الاستراتيجي للسياسة الصحية في سورية يجب القيام بمايلي :

١ – إصلاح الوضع الصحي في سورية :

قبل البدء بعملية إصلاح الوضع الصحي لابد من وضع عدد من المعايير تكون أساساً لعملية إصلاح الرعاية الصحية ،ومن هذه المعايير :

– العمومية : أي أن يحصل الجميع على نفس الخدمات الصحية .

– الجودة .

– العدالة: أي أن توزع تكلفة الخدمات الصحية على المواطنين بعدالة، ولا يحرم منها من ليس له القدرة على سداد تكلفتها .

– الفعالية: أي أن يتم تقديم أعلى جودة بأنسب كلفة .

أي أن توفر عناصر التنمية الصحية :جودة الخدمة الصحية ،أقل تكلفة ممكنة، وتوفر الخدمة الصحية سيؤدي إلى ضمان صحي للمجتمع .

٢ – تحديد العناصر الأساسية للإصلاح :

١– تحديد مجموعات الخدمات الصحية الواجب توفرها لكل مواطن، ومعايير قياس جودتها .

٢– تحديد الموارد المالية التي تتضمن تقديم الخدمة بجودة عالية، سواء كانت الموارد حكومية، أو غير حكومية .

٣– استخدام أساليب جديدة لتنظيم تمويل الخدمات الصحية من الموارد المتاحة .

٣ –الإستراتيجية المقترحة لإصلاح النظام الصحي في سورية :

١– التأمين الصحي الاجتماعي الشامل المدعوم حكومياً هو الشكل الأساسي لتمويل الخدمات الصحية :

– التوسع التدريجي لنظام التأمين الصحي .

– يخضع تمويل مؤسسات التأمين الصحي لإشراف الدولة المباشر .

– إتاحة الخَيارات أمام المواطن على مستوى جهة التأمين أو مستوى مقدم الخدمة، وهذا يؤدي إلى تنافس المؤسسات المختلفة لاجتذابه سواء أكانت حكومية أم أهلية .

– اللامركزية في التأمين الصحي .

٢–دعم المشافي الحكومية والارتقاء بها إلى المستوى الأمثل من حيث :

– تفريغ العاملين فيها .

– تشميلها بوحدات التأمين الصحي بالنسبة للتمويل والمراقبة .

– اعتبار إدارة كل مشفى كوحدة مستقلة، بأسلوب شركات القطاع الخاص، مع حسابات الربح والخسارة (ملكية حكومية، وإدارة رأسمالية).

- توزيع نسبة من الأرباح على العاملين، وترك الخيار للمرضى لتحديد الطبيب المعالج لزيادة التنافسية، والاهتمام بالمريض .

- الإسراع بفتح المشافي قيد الإنجاز في القطر .

- فتح مراكز للطب النووي، ولمعالجة الأورام، وجراحتها، في كل المحافظات الكبيرة

٣- تحديث الصناعات الدوائية، وتطويرها .

٤- تحسين الأداء الطبي، وتحديد الجامعات المعترف بها، وإعادة تأهيل العناصر الطبية المرخصة سابقاً، والتركيز على التأهيل والتدريب الصحيحين.

٥-إعادة تقييم المشافي الخاصة :

- إعادة النظر بنظام المشافي في وزارة الصحة .

- إعادة تقييم المشافي القديمة، والإغلاق التدريجي للمشافي غير المطابقة، وتحويلها إلى مراكز طبية، أو عيادات .

- ضبط أسعار المشافي الخاصة على نحو مناسب .

- ربط المشافي والعيادات الخاصة بنظام التأمين الصحي المقترح .

بالاعتماد على نتائج هذا الفصل ووجود البيانات الإحصائية يمكن الاعتماد عليها في إمكانية تطبيق نظام الضمان الصحي .[١]

---

(١)- العريان ،محمد .٢٠٠٨ .مقالة بعنوان الوضع الصحي في سورية ، مرجع سبق ذكره.

الفصل الثانـي:

مشروع نظام الضمان الصحي في سورية :

المبحث الأول ٢-١: مفهوم نظام الضمان الصحي وأهدافه .

٢-١-١-مفهوم نظام الضمان الصحي.

2-1-٢- أهمية نظام الضمان الصحي

2-1-٣- المفاهيم العامة للضمان الصحي .

2-1-4- فوائد نظام التأمين الصحي

5-1-2 -أهداف نظام الضمان الصحي.

المبحث الثاني ٢-٢: تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية .

٢-٢-١-متطلبات نجاح نظام الضمان الصحي .

٢-٢-٢-العناصر الرئيسية الواجب الاهتمام بها لدى الاكتتاب .

٢-٢-٣-عوامل نجاح إدارة الضمان الصحي .

٢-٢-٤-المشكلات التي تواجه تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية .

٢-٢-٥-تمويل الخدمات الصحية .

٢-٢-٥-١-مقاييس الإنفاق الصحي .

٢-٢-٥-٢-الأهداف الأساسية لإصلاح نظم تمويل الخدمات الصحية .

٢-٢-٥-٣-معاير تقديم الخدمات الصحية.

المبحث الثالث ٢-٣:بعض نماذج الضمان الصحي في الدول الأخرى

٢-٣-١-نماذج من النظم الصحية التأمينية .

٢-٣-٢-متطلبات البنية الأساسية لنظام الضمان الصحي في قطر .

٢-٣-٣-تجربة دولة الإمارات (الشركة الوطنية للضمان الصحي في أبو ظبي).

٢-٣-٤-التأمين الصحي الأردني .

مقدمة:

عندما نتحدث عن تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية، لابد لنا في البداية أن نذكر عدداً من المفاهيم العامة للضمان الصحي والأهمية والأهداف المأمولة من تطبيقه،وحتى يحقق الضمان الصحي ذلك، لابد لنا من توضيح متطلبات تطبيقه والعوامل التي تؤدي إلى إنجاح إدارة التأمين الصحي ،وبالتالي سنبحث في المشاكل التي تواجه تطبيق الضمان الصحي في سورية، ومن أهم هذه المشاكل مشكلة تمويل الخدمات الصحية في سورية . وفي نهاية الفصل سأعرض لتجربة دولة الإمارات (شركة ضمان) من خلال دراسة موجزة عنها .

المبحث الأول :مفهوم نظام الضمان الصحي وأهدافه :

<u>٢ – ١–١ مفهوم الضمان الصحي :</u>

تعني كلمة الضمان : الكفالة والالتزام كما جاء في المعجم الوسيط ورغم أن المصطلح المقابل في اللغة الانكليزية للضمان والتأمين هو مصطلح واحد للكلمتين INSURANCE (١).

إلا أن التأمين في اللغة العربية كما جاء في المعجم الوسيط :

هو عقد يلتزم أحد طرفيه،وهو المؤمن من قبل الطرف الآخر، وهو المستأمن أداء ما يتفق عليه عند حلول أجل معين نظير مقابل نقدي معلوم (٢).

ورد في دستور الجمهورية العربية السورية :

المادة ٤٦ :

١– تكفل الدولة كل مواطن وأسرته في حالات الطوارئ والمرض والعجز والشيخوخة .

٢– تحمي الدولة صحة المواطنين وتوفر لهم وسائل الوقاية والمعالجة والتداوي .

المادة ٤٧ :

تكفل الدولة الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية وتعمل بوجه خاص على توفيرها للقرية وفقا لمستواها .

وجاء في قانون التأمينات الاجتماعية : رقم ٩٢ لعام ١٩٥٩ وتعديلاته :

المادة ٣:

على وزير الشؤون الاجتماعية والعمل أن يتخذ الإجراءات التي تكفل تطبيق التأمين الصحي خلال سنة وتأمين البطالة خلال ثلاث سنوات من تاريخ العمل بهذا القانون .

تعنى وزارة الصحة وفقا للدستور والمراسيم التشريعية بالأدوار التالية :

١– الدور الرقابي.

٢– الدور الوقائي (رعاية صحية أولية).

٣– الدور العلاجي (رعاية صحية ثانوية، وثالثية).

لجميع المواطنين السوريين ومن في حكمهم المتواجدين على أراضي الجمهورية العربية السورية

القانون رقم (١) تاريخ ٦–٢–١٩٧٩ المتضمن إحداث هيئة الضمان الصحي :

أحد القوانين التي صدرت ولم تنفذ بسبب عدم الدراسة الجيدة والدقيقة والاستفادة من التجارب العالمية .

---

(١)–د. ديواني ،هشام – ٢٠٠٨ .مقالة بعنوان مفهوم وأهمية الضمان الصحي في سورية .

(٢)–الزرقاء ،مصطفى ، نظام التامين حقيقته والرأي الشرعي فيه ، ص ٢١ .

ومن أهم السلبيات في تلك الفترة التي حالت دون تطبيق القانون[١]والتي أدت إلى إلغاء القانون السابق بموجب المرسوم التشريعي رقم ٥٩ لعام ٢٠٠٧ :

١- عدم توفر البنية التحتية الكافية من القوى العاملة والمؤسسات الصحية .

٢- توجه القانون للعاملين في الدولة فقط وعدم لحظه جميع المواطنين .

٣- عدم وضوح الرؤية للسياسة الصحية الوطنية وإمكانية مساهمة القطاع الخاص في تنفيذ هذه السياسة .

٤- معارضة العاملين في الدولة الذين يستفيدون من أنظمة صحية مجانية .

٥- نظام التفرغ .

وهناك أيضا صعوبات تتمثل فيما يلي :

- الإنفاق على الخدمات الصحية منخفض بسبب انخفاض دخل الفرد بشكل أساسي .

- تطبيق الضمان الصحي يعني الانتقال من المجانية المطلقة إلى تقاضي أجور مقابل الخدمات .

- البنية التحتية من موارد بشرية ومؤسسات صحية متوفرة لكن هناك سوء توزيع.

- تشتت الأنظمة الموجودة وعدم وجود جهة مرجعية لها، و هذا ينعكس سلباً على جودة الخدمة الصحية المقدمة وإنفاقاً لا مبرر له وعدم العدالة حتى ضمن المؤسسة الواحدة .

٢-١-٢ أهمية الضمان الصحي :

تنبع أهمية التأمين الصحي من عدة عوامل اقتصادية واجتماعية يمكن تلخيصها بمايلي [٢]:

١- الأهمية الحيوية للرعاية الطبية بالنسبة لسعادة الفرد والأسرة وبالنسبة لتقدم المجتمع ورفاهيته .

٢-الارتفاع الكبير والمستمر في تكلفة الرعاية الطبية الحديثة بحيث أصبحت فوق المقدرة المالية لغالبية الأفراد والأسر .

٣-عدم إمكانية التنبؤ بحدوث المرض أو تكلفته على مستوى الفرد والأسرة، مما يجعل من الصعب اتخاذ الإجراءات الضرورية نحو موازنة الدخل لتغطية التكاليف.

٤- عدم المساواة أو الاعتدال في توزيع تكاليف المرض بين الأسر ،حيث أنه في فترة زمنية محددة وجد أن عدداً قليلاً من الأسر يتحمل الجزء الأكبر من تكاليف الرعاية الطبية .

---

(١)- د.ديواني ،هشام ٢٠٠٨.مقالة: مفهوم وأهمية الضمان الصحي في سورية .

(٢)- البرعي ،حسين محمد-٢٠٠٨.مقالة بعنوان التامين الصحي -الواقع والمامول.

من هذه العناصر الأربعة، نجد أن هناك مشكلة اجتماعية اقتصادية بالنسبة لتكاليف الرعاية الطبية في كل المجتمعات ،وتؤكد أن التأمين الصحي كفلسفة ونظام يعتبر ضرورة أساسية، وهو ضرورة حتمية بالنسبة لأي مجتمع يسعى إلى سعادة أفراده ويسعى للتقدم والنمو [١].

٥- ازدياد الثقافة والوعي لدى أفراد المجتمع ، وبالتالي ازدياد الطلب على خدمات الرعاية الصحية باعتبارها أساسية لاغنى عنها والحاجة لها دائمة ومتكررة .

٦- عدم قدرة القطاع العام على تلبية هذا الطلب بسبب ضخامة الأعباء الملقاة عليه .

٧- ازدياد أجور الخدمات الصحية في القطاع الخاص مما يعيق قدرة المواطن على تغطية هذه الخدمات من جيبه الخاص.

٨- التوجه للحصول على التأمين الصحي لتلبية الحاجة للرعاية الصحية الجيدة .

٩- توجه أصحاب العمل لشراء عقود التأمين الصحي للعاملين لديهم ،وخلق محفز إضافي لهم .

١٠- يحقق الطمأنينة لأفراد المجتمع .

٢-١-3 المفاهيم العامة للتأمين (الضمان)الصحي :

١- التأمين والضمان هما مصطلحان استخدما من قبل العديد من المسؤولين والصحفيين والباحثين للدلالة على نفس الموضوع .

٢- الضمان (التأمين) الصحي هو عبارة عن نظام اجتماعي تكاملي لتنظيم وتمويل ومراقبة ومتابعة تقديم خدمات الرعاية الصحية الشاملة لمجموعة من الأفراد المشتركين فيه، إما بصفة مباشرة، أو من خلال جهات عملهم وذلك في مقابل اشتراكات محددة سلفاً أو اكتوارياً وبصفة دورية يتم دفعها بواسطة مشتركين أو جهات عملهم أو الاثنين معاً أو بواسطة الحكومة [٢].

٣- وهو عبارة عن نظام عالمي لتوفير الرعاية الصحية المناسبة وفق معدلات أداء مدروسة علمياً ويطبق حالياً في حوالي ١٠٠ دولة (جميع الدول الصناعية وغالبية الدول النامية)، بأنواعه المختلفة وبما يتفق مع خصائص كل دولة اجتماعياً واقتصادياً وسياسياً .

---

(١)-الدر يس ، عبد اللطيف . ٩-٣-٢٠٠٤. ندوة حول التأمين الصحي التعاوني .

(٢)-الدر يس ، عبد اللطيف .مرجع سبق ذكره .

٤- وهو عبارة عن نظام صحي تكافلي له خصائصه يشارك فيه الفرد بحسب قدرته ويحصل من الرعاية الطبية بحسب حاجته لها، بما يكفل حماية المؤمن عليهم من المرض (وقائياً وعلاجياً) ويرفع عن كاهلهم أعباء تكاليف باهظة .[١]

٥- وهو وسيلة اجتماعية واقتصادية لتجميع مدفوعات الأفراد والجماعات، على شكل أقساط لمقابلة الخسائر المحتملة الوقوع في حالة المرض، عن طريق نقل مسؤولية هذه المخاطر إلى شركة أو مؤسسة أو منظمة .

٦-أي أنه عبارة عن عملية يتم بمقتضاها نقل عبء مخاطر المرض، من خلال نقل عبء التكلفة وتوزيعها على أكبر عدد ممكن من الأفراد .

٧-وأخيراً هو مصدر من مصادر التمويل للخدمات الصحية وتطويرها.

ومن المفاهيم المستخدمة في التأمين الصحي :

التأمين الصحي التعاوني :

عرف الترتوري التأمين الصحي التعاوني بأنه "عقد بين جماعة على التبرع بمقادير متساوية أو متفاوتة بغرض علاج من يمرض منهم من هذه الأموال ".[٢]

قسط التأمين :

يعرف القسط بأنه المبلغ الذي يدفعه المؤمَّن له شهريا أو سنوياً حسب الاتفاق بين الطرفين، أو أن يتم دفع القسط مرة واحدة فقط عند التعاقد.

المؤمّن :

وهو الطرف الأول في عقد التأمين، وهو هيئة التأمين أي هو الذي يتعهد بدفع مبلغ إلى الطرف الثاني في حالة وقوع الخطر ، ويمكن أن يكون المؤمن فرداً أو جمعية تعاونية أو شركة مساهمة أو غير ذلك .

المؤمَّن عليه :

وهو الطرف الثاني في عقد التأمين ، والمستفيد من عقد التامين في حالات كثيرة حيث يدفع المؤمن مبلغ التأمين له في حالة وقوع الخطر .

مبلغ التأمين :

وهو المبلغ الذي يدفعه المؤمن إلى المؤمن عليه أو المستفيد في حالة وقوع الخطر.[٣]

---

(١)-www.moh.gov.sa/html/dpts/med insure/ins in between .html

(٢)-الترتوري، حسين ،التأمين الصحي في الفقه الإسلامي ،مجلة البحوث الفقهية المعاصرة ،السنة التاسعة ،العدد ٣٦ ، ١٩٩٧ .

(٣)-رمضان ، زياد، مبادئ التأمين دراسة عن واقع التأمين ، دار الصفاء للنشر والتوزيع ، عمان١٩٩٨ه ، ص ١٠٥ .

٢-1-4 فوائد نظام الضمان الصحي :

يمكن الحصول على عدد من الفوائد من جراء تطبيق نظام الضمان الصحي نذكر منها [١]:

١- المساهمة في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف وبالتالي تقليل العبء على الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات، أو الشركات أو الأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم .

وقد اتضح من تجارب الدول المتقدمة الغنية ،أنه لا يمكن لأي دولة مهما بلغت قوتها الاقتصادية في تحمل نفقات القطاع الصحي الباهظة بالكامل دون مشاركة من المجتمع (الأفراد المستفيدين من هذه الخدمات)، والدليل على ذلك لجوء الدول الصناعية المتقدمة بما فيها الولايات المتحدة الأمريكية واليابان إلى استخدام أنواع مختلفة من التأمين الصحي

٢- المساهمة في توفير مزيد من فرص العمل داخل مؤسسات وشركات التأمين الصحي وفي الجهات التي تقوم بتقديم الخدمات الصحية .

٣- المساهمة في دعم الاقتصاد الوطني من خلال زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة، وتشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية .

٤- المساهمة في تحقيق الاستقرار النفسي والاجتماعي والاقتصادي لفئات العمال والموظفين في القطاع الخاص، والتخلص من مظاهر القلق الممكن حدوثه نتيجة لعدم توفر الأساليب المناسبة للعلاج .

٥- المساهمة في تحسن مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان كماً ونوعاً من خلال تخفيف الضغط على المرافق الصحية العامة المجانية، وتوفير بدائل مناسبة لتقديم خدمات صحية ذات مستوى جيد وبأسعار اقتصادية .

٦- المساهمة في زيادة معدلات القوى العاملة الصحية والأسرة والمرافق الصحية بالنسبة لعدد السكان .

٧- الاهتمام بالمفاهيم الصحية الوقائية والتركيز عليها ،حيث أن أحد الأهداف التي يقوم عليها التأمين، هو الوقاية والحفاظ على الصحة من خلال الاهتمام بالجانب الوقائي والعلاج المبكر، مما يؤدي إلى ارتفاع المستوى الصحي وهبوط معدلات المرض وتخفيض النفقات العلاجية الباهظة .

٨- المساهمة في تحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية للسكان ،بغض النظر عن جهة أو مكان أو حجم أو نوع المؤسسات، أو الشركات التي يعملون بها.

---

(١)- البرعي ،حسين محمد-٢٠٠٨.مقالة بعنوان التأمين الصحي – مقدمة وتعاريف .

ومما تقدم نستنتج، أن الفوائد التي يحققها تطبيق نظام الضمان الصحي تنعكس إيجابيا على:

– ميزانية الدولة :تخفيض العبء المالي عن كاهل الدولة .

– قطاع الخدمات الصحية : تحسين نوعية الخدمات الصحية في كل من القطاع الخاص والعام .وذلك من خلال التنافس بين القطاعين من حيث نوعية وجودة الخدمات المقدمة للمواطن في كل منهما ،وكل ذلك يصب في مصلحة المواطن وينعكس إيجاباً على قطاع الصحة.

– المواطن : رفع مستوى الرعاية الصحية للمواطن وإزالة العبء المالي عنه ،فبدلاً من أن يتحمل المواطن كامل نفقة الرعاية الصحية فإنه يحصل عليها مقابل مبلغ بسيط ،وبالتالي فهو يحصل على الخدمة الصحية في الوقت المناسب، وهذا يرفع مستواه الصحي ويساهم في إزالة العبءالمالي عنه .

<u>٢–١–٥ –أهداف نظام الضمان الصحي :</u>

من أهداف نظام الضمان الصحي مايلي[١] :

١– تحقيق مبدأ التكافل الاجتماعي .

٢– توفير مصدر للتمويل .

٣– ترشيد الإنفاق .

٤– توفير الخدمات الصحية بأسعار مناسبة والمحافظة على جودة الخدمات الطبية

٥– تحسين المستوى الصحي للسكان .

٦– تخفيف الضغط على المرافق العامة .

٧– مواكبة التقنيات الطبية الحديثة .

٨– المحافظة على العمر الافتراضي للمنشآت والأجهزة الطبية .

٩– توفير فرص عمل .

---

(١)–ديواني ،هشام –٢٠٠٨.مقالة بعنوان مفهوم وأهمية الضمان الصحي في سورية .

المبحث الثاني :تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية :

٢-٢ -١-متطلبات نجاح نظام الضمان الصحي:

وحتى يمكن إنجاح الضمان الصحي لابد من القيام بالأدوار التالية بالشكل الأمثل[١] :

١- الدور الرقابي .

٢- الدور الوقائي .(رعاية صحية أولية).

٣- الدور العلاجي (ثانوية، و ثالثية).

لجميع المواطنين السوريين ومن في حكمهم المتواجدين على أراضي الجمهورية .

وفي الوقت الذي يتزايد فيه الطلب على الرعاية الصحية الجيدة، وقيام معظم الدول بإعادة هيكلة النظم الصحية، لتواكب التطور الاجتماعي والاقتصادي والسياسي، تتناقص الموارد المخصصة للرعاية الصحية من خلال ضغط وزارة المالية على النظم الصحية للحد من الهدر، واستخدام الموارد المالية المتاحة استخداماً أفضل .

ويكمن التحدي الرئيسي الذي تواجهه النظم الصحية في تأمين المستوى المناسب من التمويل لمواكبة تصاعد تكاليف الخدمات الصحية،وهذا أدى إلى ضعف دور الحكومة في مجال تمويل الرعاية الصحية الكاملة وتقديمها للمواطنين، لذا ينبغي إعداد النظم الصحية إعداداً جيداً لتنفيذ الأهداف الرئيسية المتمثلة في تحسين صحة السكان ،والاستجابة لاحتياجاتهم، والحد من التفاوت الصحي، وتأمين تمويل معقول للرعاية الصحية .

ويتطلب هذا الإعداد : الإدارة الجيدة، والتحليل الاقتصادي، وإصدار التشريعات الصحية لخدمة الأنشطة المشتركة بين القطاعين العام والخاص، وضمان الجودة والانسجام بين التنمية الصحية وبين التنمية الشاملة بما في ذلك المحددات الاقتصادية والبيئية والاجتماعية للصحة، والتنمية والتأمين الصحي باعتباره الأكثر عدالة واستمراراً .

- لإنجاح عملية تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية يجب توفير المتطلبات اللازمة على عدة مستويات ،أي :

١-على مستوى شركة التأمين .

٢- على مستوى شركة الإدارة (TPA).

٣- على مستوى الجهات الطبية .

٤- على مستوى المؤمن .

٥-على مستوى هيئة التأمين .

٦- على مستوى الدولة .

---

(١)-الحردان ،محمد سليم -٢٠١٠.مقالة بعنوان الهدف من الضمان الصحي .

٢-٢-١-١-على مستوى شركة التأمين :

- اكتتاب صحيح (مكتتب ذو خبرة في التأمين الصحي ومسؤول عن النتائج).

-أسعار صحيحة مبنية على أساس علمي وإحصائي (يتم وضعها حسب محتوى العقد وظروف المؤمنين).

- سرعة تسديد حقوق الجهات الطبية .

-سرعة تسديد حقوق المرضى والمؤمنين .

- وضوح عقود التأمين الصحي وخاصة مايتعلق بالاستثناءات وجدول المنافع .

١- اكتتاب صحيح (مكتتب ذو خبرة في التأمين الصحي ومسؤول عن النتائج).

٢-٢-١-٢:على مستوى شركة الإدارة (TPA)[(١)]:

-المشاركة لدى الاكتتاب والتسعير باستخدام ماتمتلكه من خبرة ومن قاعدة بيانات .

-تطبيق محتوى العقد ومراقبة دقة التنفيذ باستخدام أنظمة حاسوب متخصصة ومتطورة .

-توفر كوادر متخصصة ذات خبرة وتنمية القدرات المتاحة .

-حل المطالبات بشكل عادل باستخدام أنظمة حاسوب متخصصة ومتطورة .

-حيادية في إبداء الرأي .

-حيادية في تطبيق شروط عقد التأمين الصحي .

-حيادية في تطبيق عقود الجهات الطبية .

-امتلاك قدرة تكنولوجية عالية .

ضبط نفقات التأمين الصحي دون الإنقاص من حقوق أي طرف ،وهذا هو صمام الأمان لضمان نجاح وتوسعة التأمين الصحي .

٢-٢-١-٣:على مستوى الجهات الطبية :

-ربط اعتماد الأطباء بمعايير الأداء والكفاءة .

-وضع قواعد تنظم زيادة الأجور الطبية .

-استخدام ترميزات عالمية موحدة (التشخيص ICD 10 ،الإجراء ICHI ،الدواء ATC).

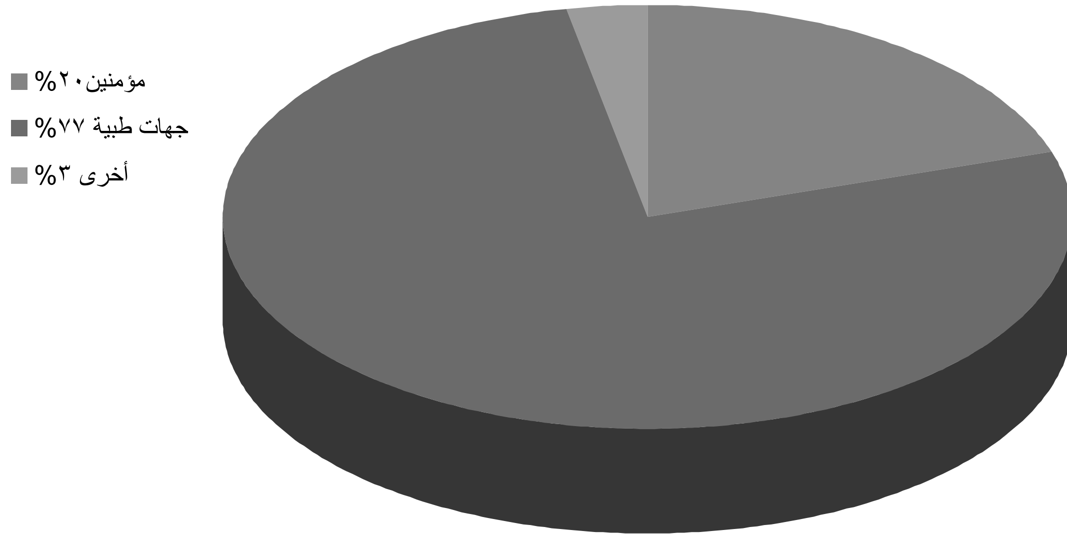
-وضع قواعد وإجراءات للحد من سوء الاستخدام والاستعانة بأنظمة الحاسوب لتنفيذ ذلك .

-استخدام أنظمة حاسوب متخصصة بالتأمين الصحي لضمان تطبيق شروط عقد التأمين .

-ضرورة وجود عقود واضحة لتنظيم العلاقة مع دافع الفاتورة يوضح بها كحد أدنى (آلية تقديم الخدمة للمريض ، آلية التسديد ،الحقوق المالية والالتزامات).

---

(١)-الحردان ،محمد سليم ، ٢٠١٠.مرجع سبق ذكره .



المرجع: Health Insurance Association of America

<u>٢-٢-١-٤:على مستوى المؤمن له :</u>

-حق المريض باختيار الطبيب .

-حصول المريض على نوعية جيدة من الخدمة .

-سرعة الحصول على الخدمة .

-تطبيق الإجراءات والوسائل المساعدة في الحد من سوء الاستخدام .

-العمل على توعية المؤمن للحد من الهدر في نفقات التأمين الصحي .

<u>٢-٢-١-٥:على مستوى هيئة التأمين :</u>

- العمل على توعية المواطن بأهمية التأمين الصحي .

-مراقبة حسن تنفيذ العقود وخاصة من حيث صحة التنفيذ في حال ورود شكوى

أو من حيث الالتزام الزمني بالتسديد .

-تحليل الأسعار بالمقارنة مع المنافع المقدمة والاستعانة بالإحصاءات والبيانات المتاحة .

-العمل على رفع أداء الجهات العاملة في مجال التأمين، وإعادة التأمين من خلال عقد الدورات المتخصصة .

عمل الدراسات والإحصاءات واستخراج النتائج لتوجيه الأمور باتجاه تقديم خدمة أفضل للمواطن

٢-٢-١-٦ :على مستوى الدولة :

-إصدار تشريعات تؤدي إلى اشتراك أرباب العمل في نفقات الرعاية الصحية وتوجب عليهم توفير عقود تأمين صحي للعاملين لديهم (السعودية ،الكويت ،الإمارات، والأردن).

-مراجعة التشريعات ذات العلاقة بالتأمين الصحي لدى النقابات والاتحادات العمالية والشركات الحكومية بهدف تحديثها لتنعكس إيجابياً على المستفيدين منها .

٢-٢-٢-العناصر الرئيسية الواجب الاهتمام بها لدى الاكتتاب :

أولاً: العناصر التي تتعلق بالمؤمنين من حيث :

١- طبيعة التوزيع العمري (الفئات العمرية).

٢- طبيعة التوزيع الجغرافي (من حيث المدن والأحياء).

٣- طبيعة التوزيع المهني (طبيعة العمل).

٤- الوضع الاجتماعي والجنس .

٥- المستوى الثقافي والعلمي .

٦- طريقة تسديد نفقات التأمين الصحي .

ثانياً:العناصر التي تتعلق بمقدمي الخدمة من حيث :

١-الجهة المقدمة للخدمة

(طبيب عام ،طبيب اختصاصي ،نوع الاختصاص ،مستشفى).

٢-آلية تقديم الخدمة للمريض

(GP،طبيب اختصاصي ،مستشفى) .

٣-طريقة تقديم الخدمة

(من خلال جهات طبية معتمدة أو غير معتمدة).

ثالثاً:العناصر التي تتعلق بمحتوى العقد :

١-المنافع كلما زادت تزداد التكلفة ولكن ليس بشكل نسبي .

٢-الاستثناءات كلما زادت تنخفض التكلفة ولكن ليس بشكل نسبي .

٣-شروط العقد .

- واجبات المكتتب :

١-إصدارعقد بمحتوى جيد للمؤمن له وبنتائج ربحية للشركة .

٢-فهم معطيات الجهة المراد التأمين لها.

٣-قراءة المستقبل .

٤-وضع التعليمات والآليات المناسبة ضمن عقد التأمين .

٥-وضع الأسعار المناسبة والمنافسة .

- أساسيات لدى المكتتب :

١-الحصول على تاريخ ميلاد كل مؤمن أو عمر كل مؤمن أو الشرائح العمرية للمجموعة المراد تأمينها .

٢-الحصول على الحالة الاجتماعية والجنس لأفراد المجموعة المراد تأمينها وخاصة رب الأسرة .

٣-يفضل أن يشمل التأمين الصحي كافة أفراد المجموعة (إلزامي) وفي حال كون المجموعة اختيارية، فيجب أن لايقل عدد المشمولين بالتأمين عن ٧٠ % من كافة أفراد المجموعة .

٤-يفضل أن يشارك المؤمن له بمبلغ مقطوع (Deductible) أو بنسبة مشاركة (Co-Payment) من نفقات المعالجة والنسبة الأمثل هي ٢٠%للمعالجة خارج المستشفى و١٠% للمعالجة داخل المستشفى .

٥-يجب أن يحصل كل مؤمن له على بطاقة تأمين صحي خاصة به وتحمل صورته مع وجوب إبرازها لدى الحصول على الخدمة .

٦-عدم تغطية الأمراض السابقة للتأمين لأي فرد أو لأي مجموعة تحصل على التأمين الصحي لأول مرة .

٢-٢-٣- عوامل نجاح إدارة الضمان الصحي :

١-الأشخاص :لابد من توفر كادر وظيفي يكون مدرباً تدريباً شاملاً بهذا النوع من التأمين وأن يجري الانتقاء بعد خضوع الأفراد لاختبار عالي المستوى، على أن تتم إدارة العمل من قبل أخصائيين في التأمين وليس من قبل طاقم طبي، وأن يتم اتخاذ القرارات الصحية الصحيحة من قبل الكادر الطبي .

٢-الأدوات : ينبغي أن يتوفر لدى الشركة نظام معلوماتي متطور يلبي جميع احتياجات العمل في التأمين الصحي (من اكتتاب، وإدارة وثائق، وتسوية تعويضات، وخدمة زبائن، وإعادة تأمين، وكل ماله علاقة بالأمور المالية).

٣-المعالجة: لابد من توفر كادر بشري مؤهل لمتابعة المطالبات ودراستها والتحقق منها، واتخاذ الإجراءات المناسبة لسدادها وتوثيق كافة الإجراءات المتعلق بها ،ومتابعة وثائق التأمين بشكل دوري .

ولابد أن تحتوي مكونات العمل على القيام بالعناصر التالية[١] :

- التسويق: توفر خطة تسويقية واختيار السوق المناسب، وعقود التأمين الملائمة لاحتياجات الزبائن، والإفادة ما أمكن من وسائل الدعاية والإعلان المتنوعة .
- المبيعات: اختيار مندوبي مبيعات بشكل جيد ومدروس، وتدريبهم وانتقاء أشخاص مؤهلين لقسم خدمة الزبائن نظراً لأهمية الوقت لتقديم الخدمات المطلوبة للزبائن .
- الاكتتاب:لابد من توفر نظام سعري مبرمج لتسعير مختلف الأغطية التأمينية وإمكانية تحديثه في أي وقت، بالإضافة إلى وجود فريق عمل مؤهل للاكتتاب (مدير اكتتاب، ومدير تنفيذي، ومدير أعمال).

يجب إصدار لوائح سعرية تفصيلية للأخطار اختصاراً للوقت ولتجنب حدوث أية إشكاليات محتملة مع الزبائن .

- إدارة المحافظ: إن وجود فريق عمل متخصص بإدارة المحافظ يُعَدُّ أمراً حيوياً لشركات التأمين .
- إدارة الشبكات :من المهم إجراء المعالجة والتحليل شهرياً للتحقق من تنفيذ الإجراءات ومراجعة دورية للرسوم ،بحيث تتم الموافقة عليها فيما يخص كلاً من البنود المتعلقة بالخدمات وهذه الموافقات يجب أن تشمل مختلف أنواعه .
- الرسوم والحسومات كالتالي :

  رسوم الخدمات، والوثائق والعقود، وضرائب رأس المال، ومعدل الخسارة، وحسومات الدفعة الفورية، والحسومات على حجم الأعمال .

وأن يجري تبادل الآراء بين الكادر الوظيفي والكادر الطبي فيما يتعلق بالإجراءات وتعديلاتها وتطورها وفقاً للظروف .

إدارة الوثائق: تضع معلومات واضحة تفصيلية لفائدة يحصل عليها حملة الوثائق، كما توضح الاستثناءات وطرق المعالجة والتأكد من البيانات الصحية لكل فرد .

---

(١)-تيشوري ،عبد الرحمن -٢٠١٠- مقالة بعنوان نجاح الضمان الصحي للعاملين في القطاع الاداري الحكومي.

تسوية التعويضات :

تشتمل على تكاليف مراحل التنفيذ (التسجيل، والتنازل، والترميز، وتدوير البيانات، وعقد التأمينات، والتسوية والسداد).

مراجعة الأمراض المشمولة في العقود :

ضرورة تقديم وثائق تتضمن إجراءات تشخيص الحالة المرضية للمؤمن عليه، وكذلك تقديم وثائق بحالات الإسعاف .

إعادة التأمين :

قيام شركة التأمين بتقديم تقارير شهرية لمعيدي التأمين بالتطورات الحاصلة على محفظة التأمين ويشتمل التقرير على البنود التالية :

حجم الأقساط والمطالبات، ودراسة عن تطور المحافظ، وبيانات محاسبية، ومراجعة السوق شبه السنوية .

خدمة الزبائن :

تدريب موظفي خدمة الزبائن على الإدارة الجماعية، ووضع خطة للاتصال بالزبائن، وتوثيق المراسلات المتبادلة معهم وتشجيع إنشاء علاقات اجتماعية معهم، وإجراء الأعمال المتعلقة بتسوية الحسابات، وتحصيل الأقساط، وإقامة ندوات، وأن يتم إنشاء قسم خاص معين بخدمات الأشخاص الهامين، وتحديد فريق عمل قادر على الإجابة على كل الاستفسارات التي يطلبها الزبائن، واستلام الشكاوى منهم .

ملاحظة: نتيجة لتنامي حجم أقساط التأمين بشكل كبير في هذا النوع في بعض الدول العربية أُنْشِئت وكالة خاصة باسم Third Party Administration (TPA) تقوم بالتعاون مع شركات التأمين بهدف تحقيق إدارة متخصصة للتأمينات الصحية .

حيث تستطيع هذه الوكالة تقديم كافة متطلبات العمل التي تمت الإشارة عليها أو أنها فقط تعالج التعويضات والخبرة تشير إلى ضرورة التعاون بين الوكالة وشركة التأمين في المجالات التالية لضمان الربح :

- في موضوع الاكتتاب .
- إدارة المحافظ والشبكات .
- تسوية المطالبات.
- مراجعة حقوق الانتفاع والاستفادة.
- خدمة الزبائن .

ونظراً لخصوصية التأمين الصحي وتعقيداته الكثيرة، فهو يحتاج قبل البدء بالاكتتاب فيه إلى تأهيل وتدريب الكوادر البشرية العاملة على مستوى عال، لتكون على استعداد دائم للقيام بمراحل العمل كافة وتنفيذها، بغية تحقيق النتائج المتوخاة لمؤسسة التأمين واستخدام نظام صحي إلكتروني .(سجل صحي إلكتروني + بطاقة إلكترونية) (١).

فالضمان الصحي مطلوب للعاملين في كل القطاعات، ولكن يمكن البدء الآن في القطاع الإداري لأنه مستقر، وعندما تستقر أمور باقي القطاعات يمكن سحب التجربة وتعميمها ،وهي تصب في صالح الموظفين والعملية الإنتاجية والوطن .

٢-٢-٤- المشكلات التي تواجه تطبيق نظام الضمان الصحي :

هناك مشكلات كثيرة تواجه تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية سنورد بعضا منها فيما يلي :

- إشكالية إدارة مشروع الضمان الصحي .
- حاجز التمويل.
- سوء توزيع الموارد في المحافظات السورية
- ارتفاع تكاليف الخدمات الطبية في سورية.
- مسؤولية تغطية النفقات الصحية
- معدل النمو السكاني المتزايد
- هيئة الضمان الصحي الموجودة منذ عام ١٩٧٩ والتي لم تمارس أعمالها وألغيت عام ٢٠٠٧.
- المشكلات التي تواجه شركات التامين .

حيث هناك إشكالية أخرى تبلور الصيغة النهائية لمشروع القانون، وهي ليست إشكالية فنية وإنما تتعلق بجانبين : الأول :يخص حسابات الإنفاق والتمويل أي بذلك نعود إلى مشكلة التمويل .

والثاني : يخص التبعية والإشراف أي من سيدير الضمان الصحي في سورية .

والتجاذب هنا محصور بين وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية والعمل .فكلا الوزارتين ترى أن المسألة من اختصاصها ، لذلك كانت اللجنة المؤلفة من وزراء المالية والشؤون الاجتماعية والعمل لدراسة قانون الضمان الصحي والبت فيه، أي إعطاء القرار النهائي ليصار إلى اعتماده أي حسم الجدل حول التمويل وجهة الإشراف والوزراء الثلاثة هم المعنيون بهذا الحسم .

---

(١)تشوري ، عبد الرحمن ،٢٠٠٨.مقالة : متى نشهد الضمان الصحي للعاملين في الدولة.

حاجز التمويل :

أجرت وزارة المالية دراسة تكلفة حول الضمان الصحي، قدرت بنتيجتها الرقم اللازم إنفاقه سنوياً بحوالي ١٠ مليارات ليرة سورية، وهذا الرقم كبير فيما لو كان صحيحاً لكن ثمة من يقول إنه رقم مبالغ فيه قليلاً، لأن الدراسة اعتمدت على معيار ماتنفقه الوزارة على كل موظف سنوياً،

والمعروف إن حصة موظف وزارة المالية من الرعاية الصحية 14 ألف ليرة سنوياً، وهي أكبر نسبة في سورية، إذ يتراجع الرقم إلى النصف وربما أقل في الكثير من الجهات الأخرى، أي ليس كل موظفي الدولة يحصلون على رعاية صحية بـــ 14 ألف ليرة سنوياً .

لذا يبدو المعيار غير دقيق وبالتالي الرقم كبير نسبياً، ولا نقلل هنا من أهمية تقديرات المالية فمشروع كهذا سيكلف بكل تأكيد مبالغ غير قليلة، وعند تطبيقه على أرض الواقع ستظهر معطيات جديدة، ولابد من تناول المسالة وفقاً لآلية مشابهة لموضوع التأمين الصحي لدى شركات التأمين الخاصة، وأخذ جانب التكافل بعين الاعتبار، وهو المبدأ العام بمجمل حكاية التأمين والضمان، فليس كل المنضوين تحت مظلة الضمان أو التأمين مرضى ويطلبون العلاج، بل إن حالة المرض هي الاستثناء، والصحة هي القاعدة .

أما فيما يخص إشكالية إدارة مشروع الضمان الصحي، وهل ستديره وزارة الصحة أم الشؤون الاجتماعية والعمل؟ فهو سؤال جدلي إلى حد ما.

وبما أن المشروع صحي فهذا يعني أن لوزارة الصحة يداً فيه، هكذا تنظر الوزارة إلى المسالة وقد تكون محقة في نظرتها .

ولكن من وجهة النظر العامة وبدون تحيز لأي من الجهتين، نجد أن مؤسسة التأمينات الاجتماعية تمتلك البنية الفنية والأدوات اللازمة لإدارة آلية الضمان الصحي، لأنه ببساطة هو أحد فروع الضمان التي تعمل بها، وبالتالي سيكون الضمان الصحي منتجاً جديداً لكن بذات الوسائل والأدوات التي تنتج فيها خدمات الرعاية الاجتماعية الأخرى .

وهذا سيختصر زمناً في تنفيذ المشروع الذي استغرق وقتا أطول من اللازم، ثم إن الضمان الصحي يدار في مختلف دول العالم من قبل مؤسسات الضمان الاجتماعي المناظرة لمؤسسة التأمينات الاجتماعية في سورية .

لكن وزارة الصحة معنية بكل تأكيد، لأنها تشرف على الشأن الصحي العام، وهي صاحبة الاختصاص في الإشراف على مجمل القطاع الصحي الذي سيتولى مسألة الاستشفاء والعلاج أي أن مشافيها ستقدم الخدمة سواء أكانت مشاف عامة أم خاصة .

ثمة رأي معتدل يقترح إتباع هيئة الضمان الصحي لرئاسة مجلس الوزراء مع احتفاظ كل من وزارتي الصحة والشؤون الاجتماعية بدورها، بحيث تكون الرقابة الصحية لوزارة الصحة،

ويتم التعاطي مع الموظفين والعمال من قبل الشؤون الاجتماعية والعمل، وتنظم المسالة على شكل مثلث تتوزع زواياه الثلاث بين المشترك في الضمان ،ومقدم الخدمة، وإدارة الضمان المحصورة بالهيئة المستقلة عن الجميع .

وهناك الكثير من الجوانب المتعلقة بالوضع الصحي والتي مازالت تطرح جملة من التساؤلات وتثير العديد من الشكوك، ويتمثل أهمها باستمرار الحكومة في تأمين العلاج المجاني، بالإضافة إلى تنفيذ الجانب المتعلق بالصحة وفقاً للخطة الخمسية العاشرة، وما اشتملت عليه من إنشاء مشاف ومراكز طبية في محافظات القطر كافة، وكذلك الأمر التعامل مع الأمراض والأوبئة التي ستؤدي في حالة انتشارها إلى كوارث حقيقية .

لا يمكن إنكار الخدمات الكثيرة التي قدمها القطاع الصحي الحكومي في سورية على مدى السنوات الطويلة الماضية، ورغم أنها تميزت بالكم لا بالنوع ،إلا أنها وضعت المواطن السوري في وضع يحسد عليه مقارنة بدول الجوار التي أنهكت مواطنيها بتكاليف الخدمات الصحية المرتفعة، لكنّ المشكلة تكمن في الإجراءات المتخذة في الأيام القليلة الماضية والمتمثلة في بدء تقاضي خدماتها التي كانت مجانية في السابق، الأمر الذي وضع المواطن في حالة خوف من أن تكون بداية لتراجع الحكومة عن دعم هذا القطاع .

لكن التساؤلات التي تطرح نفسها تتمثل أساساً بنيّة الجهات القائمة على هذا القطاع فيما يتعلق بمجانية الدواء، إضافة إلى معرفة التفاصيل الدقيقة للخطة الخمسية العاشرة والمتعلقة بالقطاع الصحي، وكذلك الأمر إجراءات الجهات المعنية في تخديم المناطق السورية وخاصة النائية بالخدمات الصحية، إضافة إلى الآلية التي سيتم اتباعها للتعامل مع الخريجين الكثر (أطباء، صيادلة) الذين باتوا جاهزين لدخول غمار سوق العمل.

تتضمن الخطة الخمسية العاشرة التي صدرت بموجب القانون رقم (25) تقديم رؤية جديدة للقطاع الصحي في سورية. ولعل أهم ما جاء فيها هو أنها اعتمدت خطة للقطاع الصحي بشكل كامل في سورية لا لوزارة الصحة فقط، حيث أنها تهدف إلى إصلاح هذا القطاع بشكل شامل بدلاً من استمراره في تقديم خدماته بشكل روتيني كما كان يهدف سابقاً .

تركز هذه الخطة على عدة نقاط أساسية تتمثل أساساً بتعزيز الصحة العامة للسكان، من خلال التركيز على الجانب الوقائي، ولاسيما أن الوزارة نجحت في تطبيق برامج الوقاية كالتلقيح الوطني وصحة الأطفال والأمهات، لذا سيكون التركيز الأكبر عليها، مع التوسع في برامج أخرى تتعلق بالوقاية من الأورام وأمراض القلب، وبخاصة للفئة العمرية الصغيرة، بعد أن أظهرت الإحصائيات انتشار أمراض القلب لدى أعداد كبيرة من الصغار، والأمراض المزمنة وهي الأمراض التي لا تنتقل من خلال الجراثيم والعوامل الممرضة كأمراض القلب والداء

السكري وقصور الكلية. أما بالنسبة للأمراض الإنتانية، فقد تراجعت تراجعاً كبيراً نتيجة الخطط التي طبقتها وزارة الصحة على مدى السنوات الماضية .

كما ستعمل الخطة الخمسية على تطوير نظام تمويل الخدمات الصحية، الأمر الذي يشكل تحدياً كبيراً لكل دول العالم، فسورية تُعَدُّ من أقل الدول التي تمول خدمات كهذه على المستوى العربي، حيث أكدت الدراسات أن نصيب المواطن السوري من خلال الخدمات الصحية، بجانبيها العام والخاص، في عام 2006 قدر بنحو 65 دولاراً ، وارتفع في عام 2007 إلى 95 دولاراً، وقد يصل إلى 120 دولاراً في عام 2010 [١].

نعاني حالياً من سوء توزيع الموارد في المحافظات السورية، لذا يتم السعي حالياً إلى تحقيق عدالة أكبر في توزيع الخدمات الصحية بالاعتماد على الضمان الصحي، حيث وضعت الوزارة كل الدراسات اللازمة بالاشتراك مع العديد من الجهات الحكومية والدولية المتخصصة بالضمان، وهناك دراسات مازالت قيد الإعداد، ومن المتوقع أنه سيتم تطبيق الضمان الصحي من خلال المؤسسة السورية للتأمين على عدد محدد من موظفي الدولة على اعتبار استحالة تطبيقه بشكل مباشر على المواطنين كافتهم.لقد أقر معظم المهتمين والمختصين بالشأن الصحي بارتفاع تكاليف الخدمات الطبية في غالبية البلدان العربية وذلك لارتفاع تكاليف العلاج والفحوص الطبية، وبالتالي انحسار دور الدولة في تأمين الرعاية الطبية للمواطنين من جهة، وتقصير القطاع الخاص وشركات التأمين من جهة ثانية، لذلك من الضروري تحميلهم عبء هذه الخدمة، وتفعيل دور النقابات .

أصدرت بعض الدول العربية قوانين للتأمين الصحي الإلزامي، وأقر بعضها كدول الخليج العربي قوانين للتأمين الصحي لغير المواطنين، وذلك عبر إلزام الشركات الخاصة بتأمين العمال الوافدين، للإقلال من ضغط هذه الخدمات المكلفة، وتخفيف عبئها عن كاهل الدولة .

إن التامين الصحي في مجال الخدمات حق من حقوق المستهلك، وهو من الحقوق التي يجب أن تتوفر على جميع المستويات، فمثلاً في الأردن يقع عبء التأمين الصحي على كاهل العاملين في القطاع الخاص الذين لم يشملوا بالتأمين حتى الآن، علماً أن كلفة التامين عالية جداً حتى على الدول المتقدمة التي لا توفر تغطية تأمينية كاملة، وأنه لا توجد إشارة للتوجه أو لتحميل القطاع الخاص مسؤولياته ويجب توزيع المسؤوليات كل حسب مجال عمله، وقد بادرت الدول النفطية بوضع تشريعات تلزم الشركات منذ عام 2001 بتأمين الوافدين إليها، ورغم أنها دول غنية، إلا أنها شعرت بأن هذه الخدمات عالية الكلفة عبء عليها .

كما يمكن أن نشير إلى تقصير القطاع الخاص وشركات الاستثمار في هذا الجانب حيث أن المستهلكين أنفسهم، أي العمال، لا يطالبون بهذه الحقوق .

١–الأمين العام المساعد للاتحاد العربي للتأمين ،٢٠٠٥.ندوة حول انحسار دور الدولة وتقصير شركات التأمين.

توجد في الأردن 17 نقابة منها خمس نقابات فقط تلتزم بالتأمين الصحي الذي يشمل فترة العمل فقط، ولا يغطي المتقاعدين الذين يحرمون من هذه الخدمة عندما يكونون بأمس الحاجة إليها وهذه ثغرة كبيرة .

لذلك من الضروري إلقاء مسؤولية النفقات الصحية بشكل رئيسي على أرباب العمل، وعلى الشركات، كونها أقدر على تحمل الجانب الأكبر من كلفة الرعاية الصحية، ولا ننسى أن على المستفيد أن يتحمل جزءاً من هذه النفقات. هنا يبرز السؤال التالي: هل يصرف الأصحاء على المرضى؟ أم يصرف الأغنياء على الفقراء؟، ومن جهة أخرى، فالحكومة ملزمة بتأمينات صحية للجميع، للغني وللفقير، أما بالنسبة الخدمات الكمالية فعلى الفقير اللجوء للمشافي العامة للحصول عليها، في حين يلجأ الغني إلى شركات التأمين الصحي الخاصة التي توفر هذه الخدمات لمن يمتلك كلفتها ونفقتها العالية .

تشير الإحصائيات إلى وجود مليون و 200 ألف عامل، وإذا ضرب هذا الرقم بخمسة (وسطي عدد أفراد الأسرة) أي ١٢٠٠٠٠٠*٥ =٦٠٠٠٠٠٠يصبح لدينا حوالي 6 ملايين شخص، وهؤلاء يخضع نصفهم لواحد من أنظمة الضمان الصحي، الذي تختلف درجاته باختلاف المؤسسة التي يتبع لها الموظف [١].

موظفو بعض الوزارات كوزارتي الاتصالات والتقانة مشمولون 100 % بالضمان الصحي هم وعائلاتهم، وكذلك الأمر بالنسبة لموظفي الشركة العامة للكهرباء والأعضاء المشتركين بالصناديق التعاونية للمعلمين والعمال والأطباء البشريين وأطباء الأسنان، إلا أن هذه الصناديق ذات فائدة محدودة، فهي تقدم للمريض مبلغاً معيناً لا تسمح بتجاوزه، بينما الهدف الأساسي للضمان الصحي هو أن تؤمن العلاج لمن لا يقدر على دفع المبالغ مهما كانت كبيرة، وهناك أمراض مكلفة جداً، ولا يمكن تأمينها إلا عن طريق مشاركة المجتمع كله في دفع نفقاتها.على صعيد آخر رفعت وزارة الصحة مشروع نظام للضمان الصحي حددت فيه نسبة الاشتراكات بـــ 3% من راتب العامل، تضاف إليها نسبة تساهم الدولة بها (اقترحت نسبة 6 % ولكن لم تتم الموافقة عليها بشكل نهائي)، وقد طلبت رئاسة مجلس الوزراء طرح المشروع للتجربة في ثلاث محافظات هي درعا واللاذقية والرقة، لبيان إيجابياتها وسلبياتها، ومن ثم تقيم التجربة، ليتم بعد ذلك صدور مرسوم نظام الضمان الصحي في سورية .

تجدر الإشارة إلى وجود قائمة في قانون الضمان المقترح، سيزود بها المشتركون، وهي تضم المؤسسات التي تتعاقد مع مؤسسة الضمان الصحي كالمشافي العامة والخاصة، وكذلك الأطباء والصيادلة .

١- الأمين العام المساعد للاتحاد العربي للتامين ، ٢٠٠٥ . ندوة حول انحسار دور الدولة وتقصير شركات التأمين

كما أن الاشتراك بالتأمين سيكون اختيارياً بالأصل، وفي المرحلة الثانية ستكون من اختياره للأسماء والمؤسسات من الأطباء والمشافي المتاحة أمامه .

إن كلفة الإنفاق على الصحة سنويا 71 مليار ليرة وإن إجمالي مساهمة القطاع العام حوالي 28 ملياراً بينما يساهم القطاع الخاص بالإنفاق على الصحة بحوالي 43 مليار ليرة .

هناك تمييز واضح في مجال السياسة الصحية، ففي المحافظات النائية والأكثر فقرا يقل نصيب الأفراد من النفقات الصحية، و تصب كل الممارسات في خانة اقتصاد السوق الاجتماعي .

إن معدل النمو السكاني آخذ بالتزايد، والمبالغ التي يتم إنفاقها في سورية في المجال الصحي تقل كثيراً عن تلك في الدول المحيطة كلبنان و الأردن وتونس [١].

إن الحكومة مطالبة باتخاذ قرار سياسي لحل هذه المشكلة لأن الواقع لا يمكن أن يستمر، وأغلب المشافي العامة تعاني من عبء النفقات، ولا تستطيع الاستمرار بتقديم الخدمات بميزانيتها الحالية ونمو السكان في ازدياد والمرض في ازدياد [٢].

من الضروري التحول من المؤشرات التقليدية، والتوجه نحو قياس العبء المرضي وما يخلفه من تأثيرات اجتماعية واقتصادية، وأيضاً حل مشكلة التمويل الصحي بإعادة تنظيم هذا القطاع، وإيجاد قنوات تمويلية جديدة من خلال تحقيق الكفاءة الاقتصادية، وتزكية التنافسية بين مقدمي الخدمات، وتشجيع الاستثمارات الصحية في القطاع الخاص، وإيجاد مشروع الصندوق الوطني لتمويل الخدمات الصحية، ومشروع تطوير الضمان الصحي، وإيجاد شركات تامين صحي [٣].

توجد هيئة الضمان الصحي في سورية منذ عام ١٩٧٩، ولها أموال ومكاتب وسيارات وعقارات وأبنية ومشاف، ولكنها مغفلة تماماً ومستبعدة عن المشاركة كمفصل مفترض في الدراسة والمتابعة والنقاش، ومن الأجدى إعادة تفعيلها، لأنها ذات إمكانيات ومقدرات، وتسمية إداراتها، وتعيين كادرها لتولي الإعداد لمشروع الضمان الصحي الجديد، ثم لتدريب الكادر، وتهيئته ليكون جاهزاً للإقلاع بالمشروع عندما يصدر القانون الخاص بالضمان الصحي، وذلك حتى لا ندخل في متاهة جديدة، وإشكالية إعداد الكوادر، واحتمالات التعثر، وذلك حتى لا يكون مصير القانون الجديد كمصير سابقه الصادر في العام ١٩٧٩ ، ورغم إدراكنا أن أهداف هيئة الضمان الصحي غير ربحية، إلا أن المطلوب منها أن تنافس شركاء في السوق هم شركات التأمين الخاصة التي أطلقت منتج التأمين الصحي وتنافس به، فالمنافسة مطلوبة ليس لأهداف ربحية بل لأهداف تخص المنضوين (إلزامياً) تحت مظلة الضمان الصحي، أي العاملين في الدولة، وهم مخيرون بين الهيئة وشركات التأمين الخاصة .

---

(١)–التقي ، سمير ، ٢٠٠٨ .ندوة بزيادة السكان وانخفاض الدخل يشتد الضغط الاقتصادي على سورية .

(٢)– دشاش ، محمود .٢٠٠٨ .إحصائيات وزارة الصحة .

(٣)– دشاش ، محمود . ٢٠٠٨.ندوة حول ضعف التمويل وسوء التوزيع في القطاع الصحي .

يسدد الموظف ٣% من دخله لصالح الهيئة يقتطع من راتبه الشهري، وتدفع الدولة (التأمينات الاجتماعية) ٦% كصاحب عمل، وبالتالي هناك تهديد سيقع على الإمكانات المادية للتأمينات الاجتماعية، أي سيكون المعاش التقاعدي عرضة لاحتمالات ليست لصالح أحد .

وهناك مشكلات تواجه شركات التأمين :

- انخفاض مستوى وعي المجتمع بالتأمين .
- غياب التنظيم الرسمي .
- محدودية القوى العاملة المتخصصة .
- العاملون في الأجهزة الأخرى ذات العلاقة.
- ازدواجية الإشراف .

<u>٢-٢-٥- تمويل الخدمات الصحية</u>

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة الأموال العامة والخاصة والخيرية وفي كل الأحوال، فإن الحكومات تتدخل كثيراً في تقديم الخدمات الصحية أكثر من مجرد الترخيص لمقدمي الخدمة إلى تقديم الخدمات ذاتها [١].

<u>٢-٢-٥-١- مقاييس الإنفاق الصحي :</u>

١- نسبة إجمالي الإنفاق الصحي إلى الناتج المحلي الإجمالي.
٢- متوسط نصيب الفرد من الإنفاق الصحي.
٣- إجمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق العام في الموازنة العامة للدولة.
٤- إجمالي الإنفاق الصحي إلى إجمالي الإنفاق الاجتماعي في الموازنة العامة للدولة.

وفي جميع الأحوال من الضروري إزالة أثر التضخم باستخدام رقم قياسي للأسعار.

<u>أنماط تمويل الخدمات الصحية :</u>

هناك تصنيف بسيط للخدمات الصحية يشتمل على :

أ- الصحة العامة (البيئية) : وتقدمها الحكومة وهيئاتها .

ب- خدمات الإسعاف ج- خدمات المستشفيات

ويقدمها القطاع العام وأيضا الخاص الذي قد يكون هدفه ربحي أو خيري

---

(١)-طلعت ،الدمرداش ، ابراهيم -٢٠٠٠. مقالة بعنوان مفاهيم الخدمات الصحية.

-هناك ثلاثة أنواع رئيسية للتمويل الصحي :

١- التمويل الضريبي للخدمات الصحية (المملكة المتحدة) .

٢- تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الخاص (النموذج الأمريكي).

٣-تمويل الخدمات الصحية من خلال التأمين الاجتماعي (النموذج الألماني، والكندي، والهولندي ،والفرنسي).

<u>٢-٢-٥-٢- الأهداف الأساسية لإصلاح نظم تمويل الخدمات الصحية :</u>

١- ضبط تكاليف الخدمة الصحية :

تعتبر الخدمات الصحية من السلع الغالية في أي دولة بغض النظر عن من يدفع ثمنها وهناك عدة اتجاهات للسيطرة على التكاليف منها :

أ- إدخال مقياس المنافسة بين مقدمي الخدمة الصحية العامة محاولة لتحقيق الكفاءة .

ب- السماح لمقدمي الخدمة العامة بمزيد من الاستقلالية لتحقيق الابتكار في عملهم .

ج- إدخال نظم معلومات ومدفوعات جديدة تغير نمط حوافز مقدمي الخدمة .

د- إدخال نظم المدفوعات المشتركة (التأمين المشترك) التي تحاول تخفيض الطلب على الخدمات.(١)

٢- العدالة :

بمعنى محاولة تحقيق المساواة أو تقليل عدم المساواة في توزيع الخدمات وللإدارة دور في ذلك لهذا السبب ،فإن هناك محاولات لزيادة كفاءة الإدارة كوسيلة لتحسين متطلبات العدالة والكفاءة والتكلفة للخدمات الصحية .

٣- كفاءة مقدم الخدمة :

محاولة تحقيق الكفاءة الاقتصادية الجزئية داخل نظم تمويل مقدمي الخدمة الصحية علماً بأنه يمكن زيادة الكفاءة الجزئية مع زيادة التكاليف، كما أن محاولة خفض التكاليف قد تضر مقدم الخدمة الكفء وغير الكفء ، وهذا يبدد حوافز الكفاءة .

---

(١)-د.طلعت الدمرداش ابراهيم ،اقتصاديات الخدمات الصحية ،مكتبة المدينة ،الزقازيق ،مصر ،٢٠٠٠ م .

٢-٢-٥-٣- معايير تقديم الخدمات الصحية :

١- معيار التكلفة :

يرغب المستهلكون أن تكون الأسعار منخفضة أما المديرون فيريدون الـتخلص مـن الخدمات التي لا تقدم منفعة ممن يحصلون عليها مع مراعاة أن هناك حدود عليـا يجـب ألا ترتفع عنها الأسعار .

كما يمكن وضع حدود دنيا لا تنخفض عنها نوعية وكفاءة الخدمات الصحية ...

٢- معيار الفعالية :

تتوقع أن تكون الخدمات فعالة وتحقق مكاسب صحية ملموسة ....

٣- معيار الكفاءة :

إذا استطعنا تقديم خدمة على نفس المستوى من الكفاءة بطرق مختلفة ،فإننـا سـنختار الطريقة الأرخص ... إذ أن ذلك يمكننا من تقديم خدمات أكثر بنفس التكلفـة، وبالتـالي فـإن مفهوم الكفاءة أعلى من التكلفة [١].

٤- معيار العدالة :

العدالة لا تعنى المساواة إذ أن المساواة تعني تلقي أنصبة متسـاوية مـن السـلعة أو الخدمة بينما تعني العدالة مفهوماً أوسع ...

فهي تعني ؟.....

١- تساوي الحالة الصحية المتحققة .

٢- تساوي استخدام الخدمات الصحية للحاجات المتساوية ...

٣- تساوي الوصول للخدمات الصحية للحاجات المتساوية ...

من الواضح :

إن هذه التعريفات ممكن أن تتناقص :

فإذا كانت الموارد محدودة فمن الصعب أن يتحقق تساوي الحالة الصـحية، وتركـز معظم مناقشات العدالة على العدالة الأفقية ...

(العلاج المتساوي للحاجات المتساوية) .....

رغم أن العدالة الرأسية (علاج غير متساو للحاجات غير المتساوية) على نفس القدر من الأهمية بالنسبة لعملية اتخاذ القرار بشأن تخصيص الموارد ....

---

(١)-طلعت ،الدمرداش ،ابراهيم -٢٠٠٠. مرجع سبق ذكره .

٥- معيار الأمان الصحي : تمويل الخدمات الصحية

ويقصد به شعور المواطن بأن الخدمات الصحية متوافرة بكفاءة وفعالية، وأن تكاليف تلك الخدمات في مستوى القدرة على الدفع .

وبالتالي فإننا نلاحظ أن أثر الضمان الصحي على المستوى المادي للأسرة مهمل، لأن الفرد المشترك بالضمان الصحي يدفع مبلغاً زهيداً من المال مقابل حصوله على كافة الخدمات الطبية اللازمة له من علاج أو عمليات أو جراحات بتكلفة قليلة وبالوقت المناسب، كل ذلك يؤكد صحة الفرضية الثالثة في بحثنا هذا.

المبحث الثالث: بعض نماذج الضمان الصحي في الدول الأخرى:

٢-٣-١-نماذج من النظم الصحية التأمينية :

١- في المملكة المتحدة يوجد النظام الوطني يتم تمويله بالأقساط الإلزامية والضرائب ويضع حدودا للتكاليف الإجمالية ومقدار الرعاية، ويوفر أفضل نوعية للرعاية مقارنة بالتكاليف .

٢- يمول النظام الحر المتبع في الولايات المتحدة عن طريق التأمين الخاص ويتضمن اختيار نوع التغطية والطبيب اختياراً حراً كما يوفر نوعية عالية من الرعاية لمن يستطيع تحمل تكاليفها ، غير أنه لايتوخى الإنصاف .

٣- في بلدان القارة الأوربية فإن النظام المتصل بالعمل والذي يمول بأقساط تأمينية إلزامية ، فينطوي الجمع بين النوعية الجيدة وحرية الاختيار وبين الإنصاف والتكلفة المعقولة .

٤- نظام الرعاية الصحية في مصر :

- الرعاية الصحية لجميع السكان من خلال النظام العام .
- يوفر التأمين الاجتماعي مستوى أعلى من الخدمة لنحو (٨.٤ %) من مجموع السكان .
- يتم التمويل من خلال اشتراكات تمثل (٤ %) من الدخل .
- يقوم أصحاب العمل بدفع (٧٥%)منها والعاملون(٢٥%) .

٥-نظام الرعاية الصحية في تايلاند :

- في بداية كل سنة يقوم الموظفون بتسجيل أسمائهم في إحدى المستشفيات التي تتيح الرعاية الأولية وتلعب المستشفى دور المقدم الرئيسي .
- يتم التمويل من خلال اشتراكات من الأشخاص المؤمن عليهم (١.٥ % من الراتب)ومن أصحاب العمل والحكومة وهذا النظام إجباري [١].

---

(١)- ديواني ، هشام ، ملتقى دمشق التأميني الثاني ،تشرين الثاني ٢٠٠٦ .

٢-٣-٢ - متطلبات البنية الأساسية لنظام التأمين الصحي في قطر مثلا :

من المتطلبات الأساسية لنظام التأمين الصحي في قطر نذكر مايلي :

-قاعدة المعلومات والتي يجب أن تضع الحكومة مراحل تنفيذها .

- يجب أن تكون الخطط واضحة ومعلنة للجميع .

- نظام موحد للبنية الأساسية والاتصالات والتثقيف ونشر الوعي .

- ضرورة التعرف على مايحدث في العالم في هذا المجال .

- وضع الحدود الزمنية والأسلوب المنظم ومراحل التخطيط الخاصة بهذا المشروع .

- التدرج في تطبيق البرنامج ١-٣ / ١-٥ سنوات مثلاً للتنفيذ الكامل واستيعاب جميع الشركاء في عملية التخطيط ووضع الحدود الزمنية الواقعة للتنفيذ .
- ضرورة وضع نظام دقيق للتكاليف من أجل التنفيذ الجيد للمشروع .
- وضع نظام واضح للتواصل بين الشركاء .
- اعتماد الجهات المقدمة للخدمات .
- الخطوات القادمة لتنفيذ نظام التأمين الصحي في قطر .
- إشراك الجمهور وقياس مدى معرفة السكان وشعورهم بموضوع التأمين الصحي .
- الانتهاء من النموذج المفضل والأنسب لدولة قطر .
- وضع الإرشادات الخاصة بالخدمة، وطباعتها وذلك لاستخدام كل من الجهات المقدمة للرعاية الصحية والعاملين في المجال الطبي .

ومما سبق نجد ،بأنه يوجد سعي واضح لإيجاد نظام ضمان صحي منظم وقادر على تلبية احتياجات المؤمنين بأقل قدر ممكن من التكاليف، وإشراك المواطنين وقياس مدى معرفة السكان بموضوع التامين الصحي ،أي هناك خطوات واضحة لإيجاد نظام صحي متكامل يخدم المواطنين وشركات التامين في قطر .

٢-٣-٣- تجربة دولة الإمارات (شركة ضمان) دراسة لها

الشركة الوطنية للضمان الصحي (أبو ظبي):

التعريفات: NATIONAL HEALTH INSURANCE COMPANY

هذا القسم يعرف البنود المستخدمة خلال البوليصة ولا يقصد به وصف الخدمات المغطاة أو غير المغطاة [١].

- حادث : حادث خارجي مفاجئ غير متوقع وعنيف يسبب إصابة جسمانية شديدة ،تكون عادة قابلة للتشخيص بالعين، وتوثق من قبل سلطة مختصة مثل الشخص المسؤول عن تنفيذ القانون أو الطبيب .
- جراحة ترميمية متعلقة بحادث : سوف تكون التغطية بموجب هذه البوليصة محصورة فقط بالحالات الناجمة عن الحوادث الحاصلة ضمن مدة سريان مفعول البوليصة .
- علاج الأسنان المتعلق بحادث: تنحصر التغطية بموجب هذه البوليصة في حدود الأسنان الطبيعية، والحالات الناشئة عن الحوادث التي تقع ضمن مدة سريان هذه البوليصة.
- على رأس عمله: موظف يعمل على أساس الدوام الكامل لدى صاحب البوليصة ويدفع له

في الوقت الحاضر راتباً عن دوام كامل، أو يكون في إجازة رسمية مدفوعة أو غير مدفوعة الأجر من صاحب البوليصة .

- تعديل : أي وصف مرفق لأحكام إضافية أو بديلة لهذه البوليصة. تكون التعديلات سارية المفعول فقط عندما يتم توقيعها من قبل الشركة. وتكون التعديلات خاضعة لجميع شروط البوليصة وقيودها واستثناءاتها، ما عدا تلك المعدلة بشكل محدد .
- منفعة : مدى الخدمة التي يحق للأشخاص المستفيدين تلقيها على أساس عقدهم مع الشركة، ودرجة هذه الخدمة .
- نموذج مطالبة : استمارة يجب تعبئتها من قبل الطبيب المناوب ومن أجل أن يحصل الشخص المستفيد على تغطية بخصوص الإفادة من مراجعة العيادات الخارجية .
- المشاركة بالتأمين : نسبة من المصاريف القانونية بالإضافة إلى الأقساط المطلوب من الأشخاص المستفيدين دفعها لقاء خدمات صحية محددة تقدم بموجب هذه البوليصة .يكون الأشخاص المستفيدون مسؤولين عن دفع أي نفقات مشاركة بالتأمين مباشرة إلى مزود الخدمة الصحية وقت الخدمة، أو عند إصدار فاتورة له من قبل مزود الخدمة .
- الشركة : هيئة تتحمل تغطية المخاطر تنفيذاً لهذا العقد .
- الإقامة والمقيم : إقامة متواصلة بعد الدخول الرسمي إلى المستشفى .

---

(١)-بترز،مايكل -٢٠٠٦ .الشركة الوطنية ضمان -التعريفات .

- تشوه خلقي: عيب ، أو مرض ، أو تشوه جسماني أو كيميائي أو ما إلى ذلك، وقد يكون وراثياً أو عائلياً أو جينياً، أو قد يعزى إلى مسبب يحدث خلال الحمل ولغاية الولادة وقد يكون، أو لا يكون، ظاهراً عند الولادة .
- البلد : دولة الإمارات العربية المتحدة .
- التغطية أو مستفيد : أحقية الشخص المستفيد في الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة بموجب هذه البوليصة . مع مراعاة بنود البوليصة وشروطها وحدودها واستثناءاتها .

  يجب تقديم الخدمات الصحية عندما تكون البوليصة سارية المفعول وقبل تاريخ ظهور أي من شروط الإنهاء الفردي، وعندما يكون المستفيد شخصاً يفي بجميع متطلبات الأهلية المذكورة في البوليصة .
- فئة التغطية : تصنيف المواطنين ضمن فئة صاحب العمل الذين لهم الحق في مختلف مستويات الإفادة . فئات التغطية هذه، إن وجدت، تكون مدرجة في الملحق المرفق بالبوليصة الموحدة .

– الشخص المستفيد:

وهو الشخص المؤمن عليه الرئيسي أو أحد أفراد عائلته المسجلين . لكن هذا ينطبق فقط عندما تكون تغطية ذلك الشخص المستفيد بموجب البوليصة سارية المفعول .

– بطاقة ضمان : بطاقة التعريف التي تصدرها الشركة لكل عضو مستفيد بموجب بوليصة التأمين الصحي .

–علاج يوم : يقصد به العلاج الطبي الذي يجب تقديمه في المشفى، لكن المريض لا يحتاج إلى المكوث في المشفى .

– التحمل : المبلغ المالي المحدد، إضافة إلى القسط المطلوب من الأشخاص المستفيدين لقاء خدمات صحية محددة بموجب البوليصة . يكون الأشخاص المستفيدون مسؤولين عن دفع أي تحمل مباشرة إلى مزود الخدمة الصحية في وقت الخدمة، أو عند صدور فاتورة بشأنها من مزود الخدمة .

– المعالون: الزوج القانوني للشخص المؤمن عليه الرئيسيان حتى ثلاثة أطفال معالين غير متزوجين للشخص المؤمن عليه الرئيسي (بمن في ذلك الطفل الطبيعي، وابن الزوج، والطفل المتبنى قانوناً، أو الطفل الموضوع لغرض التبني) دون سن ١٨ .

يجب أن يكون مكان السكن الرئيسي للزوج الشرعي أو الشخص المعال غير المتزوج مع الشخص المؤمن عليه الرئيسي ، ما لم توافق الشركة على ترتيبات أخرى .

علاوة على ذلك يجب أن يكون تعريف (المعال) طبقا لقانون التأمين الصحي الإلزامي للوافدين واللوائح الداخلية المتعلقة به كما تم وضعها من قبل الهيئة العامة للخدمات

الصحية في إمارة أبو ظبي واعتمادها من قبل المجلس التنفيذي لإمارة أبو ظبي. سوف يطلب من الشخص المؤمن عليه الرئيسي تعويض الشركة عن الخدمات الصحية المقدمة إلى الأشخاص المعالين ،عندما لا يكون أولئك الأشخاص مطابقين لهذه الشروط .

– مرفق معتمد: مستشفى مسمى من قبل الشركة على أنه المرفق المعتمد والذي دخل في اتفاقية مع أو نيابة عن الشركة لتقديم الخدمات الطبية المغطاة ،أو الخدمات الصحية الملائمة طبياً لمعالجة أمراض أو حالات معينة .

– أجهزة طبية دائمة: أجهزة طبية تستخدم خارجياً لجسم الإنسان، أو قابلة للاستخدام المتكرر وغير مصممة لتكون قابلة للاستهلاك وتستخدم لخدمة غرض محدد ،وهي غير مفيدة عموماً لشخص في حال عدم وجود مرض أو إصابة وتستخدم خارج المشفى .

– تاريخ سريان المفعول: التاريخ الذي تصبح فيه البوليصة سارية المفعول والذي يمكن أن يكون تاريخ تسجيل الشخص المستفيد، أو التاريخ الذي يتم فيه تجديد البوليصة .

مصاريف قانونية :نفقات معقولة وعادية للخدمات الصحية المغطاة والتي يتم تكبدها – أثناء سريان مفعول البوليصة .

– شخص مؤهل : موظف لدى صاحب البوليصة يكون على رأس عمله مع مقدار راتب إجمالي لا يقل عن ٤٠٠٠ درهم أو شخص آخر يفي بمتطلبات الأهلية محدد في الطلب وفي البوليصة .

علاوة على ذلك ،يجب أن يكون تعريف الشخص المؤهل طبقاً لقانون التأمين الصحي الإلزامي بشأن الوافدين ولوائحه الداخلية كما هو موضوع من قبل الهيئة العامة للخدمات الصحية في إمارة أبو ظبي، والمعتمد من قبل المجلس التنفيذي لهذه الإمارة.

طارئ: وضع طبي خطير، أو عرض ناجم عن إصابة، أو مرض يظهر فجأة، ويتطلب رعاية وعلاجاً فورياً يتم تلقيها عموماً في غضون ٢٤ ساعة من ظهور المرض، لتجنب تعريض حياة الشخص المستفيد للخطر .

خدمات صحية طارئة :خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات اللازمة لعلاج أي طارئ.

إمارة : إمارة أبو ظبي .

شخص معال مسجل: شخص معال مسجل بشكل صحيح لغرض التغطية بموجب البوليصة .

تاريخ التسجيل : تاريخ سريان مفعول التغطية الأصلي بالنسبة للشخص المستفيد .

خدمات تجريبية استقصائية أو غير معتمدة ، خدمات رعاية صحية طبية ، جراحية ، تشخيصية ــ أو خدمات أخرى ، تكنولوجيا ، علاجات ، إجراءات ، أدوية وأجهزة عندما تقرر الشركة تغطية حالة معينة محددة بالتالي :

أ- مع مراعاة المراجعة الرسمية والموافقة من قبل الهيئات المحلية لغرض الاستخدام المقصود أو

ب-موضوع الاختبار السريري الجاري .

ت-غير ظاهرة عبر المواد الطبية المراجعة مسبقاً والشائعة على أنها آمنة وفاعلة لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح واستخدامها بشأنه .

يحق للشركة حسب تقديرها اعتبار الخدمات التجريبية الاستقصائية، أو غير المعتمدة على أنها خدمات صحية مغطاة لعلاج مرض أو حالة مهددة الحياة، إذا ما قررت الشركة إن الخدمة التجريبية الاستقصائية أو غير المعتمدة وقت إصدار القرار :

١- آمنة ولها فعالية متوقعة .

٢- مقدمة ضمن برنامج بحث مسيطر عليه سريرياً.

دوام كامل : موظف يعمل بحد أدنى ٤٠ ساعة في الأسبوع .

- استثناءات عامة : المنافع والخدمات الصحية المستثناة من التغطية والمدرجة في القسم ١٠ من هذه البوليصة تنطبق على جميع الأشخاص المستفيدين .
- خدمات صحية : خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات المشمولة بموجب البوليصة مع اعتبار خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات تلك المحددة أو المستثناة .
- مستشفى: مؤسسة تعمل وفقاً للقانون والتي تعمل بشكل رئيسي في تقديم الخدمات الصحية على أساس العلاج داخل المشفى لرعاية وعلاج الأشخاص المصابين والمرضى من خلال المرافق الطبية ، التشخيصية والجراحية من قبل أو تحت إشراف فريق عمل من الأطباء ويكون لديها خدمة تمريض ماهرة على مدار ٢٤ ساعة. المستشفى ليس مكاناً بشكل رئيسي للراحة أو الحجر أو الرعاية بالمسنين وليس بيتاً للتمريض أو النقاهة أو مؤسسة مشابهة لذلك .
- العلاج داخل المشفى .
- فئة العلاج داخل المشفى: درجة غرفة وخدمات المشفى المحددة للخدمات الصحية المغطاة في القسم ٨ المستحقة للشخص المستفيد .

- إصابة : ضرر جسماني فيما عدا المرض بما في ذلك الحالات ذات العلاقة والأغراض المتكررة .
- مريض مقيم : إقامة في المشفى تتطلب المبيت ليلاً .
- منفعة المريض المقيم : علاج داخل المشفى أو علاج ليوم أو مراقبة علاج في غرفة الطوارئ، والتي لا يمكن إجراؤها على أساس مراجعة العيادات الخارجية .
- دولي : خارج الدولة .
- العلاج داخل المشفى دولياً :المكوث في مشفى خارج الدولة .
- منفعة الحمل والولادة داخل المشفى : تشمل المصاريف المتعلقة بالولادة الطبيعية ، العملية القيصرية الضرورية طبياً، وأية مضاعفات تحدث أثناء الحمل،أو الولادة، وأي عملية إجهاض قانونية .
- منفعة الحمل والولادة : في العيادات الخارجية : تشمل المصاريف الخاصة بزيارات الطبيب قبل الولادة وبعدها، بما في ذلك الفحوصات والعلاج .
- ملائم طبياً : على أساس المعايير السائدة للممارسة الطبية المتعلقة بحالة محددة .
- ضروري طبياً: خدمات الرعاية الصحية والتجهيزات والتي تحددها الشركة على أنها ملائمة طبياً و :

١- ضرورية لتلبية الاحتياجات الصحية الأساسية للشخص المستفيد

٢- تقدم بالطريقة الأكثر ملاءمة طبياً ونوع الأجهزة الملائمة لتقديم الخدمة الصحية مع الأخذ بعين الاعتبار كل من تكلفة وجودة الخدمة

٣- متوافقة من حيث النوع ، والتكرار، ومدة العلاج مع الخطوط العريضة العلمية لمؤسسات الرعاية الطبية ، الأبحاث أو الهيئات الحكومية المقبولة لدى الشركة .

٤- متوافقة مع تشخيص الحالة .

٥- مطلوبة لأسباب خلافا لراحة الشخص المستفيد أو لراحة طبيبه .

٦- موضحة من خلال المواد الطبية المراجعة مسبقاً، والموجودة على أنها:

أ - آمنة وفعالة لعلاج أو تشخيص الحالة أو المرض المقترح استخدامها بشأنه

ب- آمنة وفاعليتها متوقعة لعلاج مرض أو حالة مهددة للحياة أو برنامج بحث مسيطر عليه طبياً .

إن حقيقة قيام طبيب أو وصف إجراء أو علاج أو حقيقة كون ذلك هو العلاج الوحيد لإصابة مرض أو مرض نفسي محدد، لا يعني أن تلك الخدمة الصحية ضرورية طبياً وحسبما هو محدد في مدة البوليصة .وإن تعريف الضروري طبياً المستخدم في البوليصة

يتعلق فقط بالتغطية ويختلف عن الطريقة التي يشارك فيها الطبيب بممارسة الطب وتعريف الضروري طبياً .

- مرض نفسي: حالة نفسية أو جسمانية تتصف بشكل رئيس باضطراب الشخصية، أو العقل، أو العواطف لدرجة خطيرة تضر بالأداء النفسي، أو الاجتماعي، أو العمل العادي للشخص .
- شبكة : عند استخدامها لوصف مزود خدمات صحية وتعني أن لمزود الخدمة اتفاقية مشاركة سارية المفعول مع الشركة لتقديم الخدمات الصحية إلى الأشخاص المؤهلين ضمن البوليصة . قد تقوم الشركة بتغيير وضع مشاركة المزودين من وقت لآخر .
- منافع الشبكة : المنافع المتاحة من الخدمات الصحية المغطاة عند تقديمها من قبل مزود الخدمة ضمن الشبكة . وتعتبر الخدمات الصحية المقدمة من قبل مزود الخدمة خارج الشبكة ، منافع الشبكة عندما تكون تلك الخدمات الصحية معتمدة مسبقاً من قبل الشركة أو خدمات صحية طارئة .

– دخول المشفى في غير حالة الطوارئ: أي دخول المشفى لا يعتبر نتيجة مباشرة لخدمات صحية طارئة .

– منافع من خارج الشبكة : تغطية الخدمات الصحية المقدمة من مزود من خارج الشبكة .

- منافع العيادات الخارجية: المنافع التي تقدم ضمن هذه التغطية هي خدمات كالاستشارة الطبية بما في ذلك علاج الأسنان المتعلق بحادث والأدوية الموصوفة، وإعادة التأهيل والفحص التشخيصي بما في ذلك فحوصات ما قبل العملية التي يتم إجراؤها على أساس خارج المشفى، دون الإضرار بصحة الشخص المؤمن عليه أو لا تتطلب دخول المشفى/ علاج يوم أو تقتضي عناية ورعاية طبية متخصصة في المستشفى قبل تقديم الخدمة أو خلاله أو بعده .
- طبيب : أي طبيب ممارس مرخص حسب الأصول ومؤهل حسب قوانين الدولة التي يتم فيها تلقي العلاج .
- بوليصة : البوليصة الموحدة ، طلب حامل البوليصة، وأية طلبات فردية لمؤمن عليه رئيسي والتعديلات والملاحق التي تشكل الاتفاقية المتعلقة بالمنافع الاستثناءات والشروط الأخرى بين الشركة وصاحب البوليصة .
- صاحب البوليصة : الموظف أو مجموعة محددة أو معينة بشكل قانوني صدرت لها البوليصة .

- رسوم البوليصة : أية رسوم إضافية على قسط البوليصة المستحق الدفع من قبل صاحب البوليصة .
- مدة البوليصة : الفترة الزمنية (نموذجياً عام واحد) من تاريخ سريان مفعول التغطية حتى انتهاء التغطية قبل التجديد .
- الحالة موجودة مسبقاً :أي إصابة أو مرض تلقى بشأنه الشخص المستفيد نصيحة أو علاجاً طبياً، أو أي حالة قد تكون دفعت الشخص المقبول إلى البحث عن تشخيص أو علاج قبل بدء هذه البوليصة .
- طلب الموافقة عن دخول المشفى : استمارة يجب تعبئتها من قبل الطبيب المتابع لحالة الشخص المستفيد واعتمادها من قبل الشركة قبل دخول المشفى .

القسط : الرسم الدوري المطلوب من كل مؤمن عليه رئيسي وكل شخص معال مسجل طبقاً لبنود البوليصة .

- أدوية وصفة : أدوية يمكن الحصول عليها فقط من خلال وصفة مكتوبة من قبل طبيب مرخص .
- مؤمن عليه رئيسي : شخص مؤهل مسجل بشكل صحيح للتغطية بموجب البوليصة، وهو شخص غير معال نيابة عنه تصدر البوليصة إلى صاحب البوليصة .
- جهاز صناعي: سواء خارجي أو مثبت داخل الجسم ، يحل محل جزء مفقود أو معيب من الجسم، أو يكمله كالأطراف ومنظمات القلب .
- مزود الخدمة: طبيب، أو مشفى، أو مجمع عيادات، أو صيدلية، أو أي مرفق، أو فرد أو مجموعة من الأفراد يقدمون خدمات الرعاية الصحية .
- جراحة ترقيعية : جراحة تتبع إصابة ، أو مرضاً أو عيباً خلقياً عندما يكون الغرض الأساسي منها تحسين الوظيفة الأدائية للجزء المعني من الجسم .
- الإعادة للوطن: إذا مات الشخص المؤمن عليه فسوف يتم إعادة جثمانه إلى وطنه الأم
- ملحق : أي وصف مرافق للخدمات الصحية المغطاة بموجب البوليصة . الخدمات الصحية المزودة بموجب ملحق قد تكون خاضعة لدفع أقساط إضافية . تكون الملاحق سارية المفعول فقط عند توقيعها من قبل الشركة وتكون خاضعة لكافة شروط ، حدود استثناءات البوليصة ماعدا تلك المعدلة بشكل محدد .
- المرض :المرض الجسماني : مصطلح مرض المستخدم في هذه البوليصة لا يشتمل على المرض النفسي أو إساءة استخدام المواد باستثناء ما هو مذكور في القسم ١٠ .

- استثناءات محددة : خدمات أو منافع غير مغطاة تكون خاصة بالشخص المستفيد المؤمن عليه .
- منطقة وقوع الحادث : الدولة التي يتم تكبد المصاريف المطالب بها .
- الحالة الموجودة مسبقا غير المعلنة :أي حالة موجود ة مسبقا لدى الشخص المستفيد أو صاحب البوليصة ،والتي لم يعلن عنها في الاستبيان الطبي أو طلب البوليصة في حال تم تطبيق التأمين الصحي .

دليل المشترك بشركة "ضمان" الإمارات- فهرس محتويات الدليل :

-مقدمة .

١- متى يمكن التأهل للاستفادة من منافع الضمان الصحي ؟.

٢- أين يمكن الحصول على منافع الضمان الصحي ؟.

٣- كيف يمكن الحصول على منافع الضمان الصحي .؟

- خدمات العيادات الخارجية

- خدمات المرضى المقيمين في المشفى وخدمات العلاج ليوم واحد.

٤- كيفية تعويض المطالبات المالية .

مقدمة :

صمم هذا الدليل من أجل الأعضاء المؤمن عليهم لدى شركة ضمان . والذين اختاروا الانتفاع من برنامج (ضمان الصحي) برنامج أبو ظبي . فهو يحتوي معلومات أساسية حول كيفية استخدام برنامج ضمان الصحي [١]

١- متى يمكن التأهل للاستفادة من منافع الضمان الصحي ؟؟؟؟

بعد الانضمام لبرنامج ضمان الصحي ودفع الأقساط المستحقة من قبله أو من قبل صاحب العمل، سيكون الشخص مؤهلاً للاستفادة من المنافع وفقا لبرنامج أبو ظبي كعضو في "ضمان "

سوف يتم إدراج الاسم في برنامج الضمان الصحي الساري المفعول، وسوف يستلم الشخص بطاقة ضمان سارية المفعول . تظهر على بطاقة الضمان مدة صلاحية برنامج ضمانه الصحي ،بعض البيانات الشخصية الضرورية بالإضافة إلى بعض بيانات التغطية أيضاً.

تُعَدُّ بطاقة ضمان الخاصة بالشخص مستنداً شخصياً يضمن له حق الدخول المجاني لدى شبكة مزودي خدمات الرعاية الصحية في ضمان، ولا يجوز لأي شخص آخر استعمال البطاقة

٢- أين يمكن الحصول على منافع الضمان الصحي ؟

تعاقدت شركة ضمان مع شبكة واسعة من مزودي خدمات الرعاية الطبية الحكومية بالإضافة إلى بعض الخدمات الطبية الخاصة. تضمن للمشترك هذه الشبكة سهولة ومجانية الانتفاع بمعالجة طبية ممتازة وفقاً لبرنامج ضمان أبو ظبي بعد دفع مبلغ التحمل المذكور على بطاقة ضمان الخاصة به. ويخضع العلاج خارج الشبكة لشروط مختلفة . فعلى سبيل المثال تقتصر تغطية (ضمان)على حالات الطوارئ القصوى (المهددة للحياة) .

٣- كيف يمكن الحصول على منافع الضمان الصحي ؟:

إن الأعضاء في برنامج (ضمان)الصحي يمكنهم الانتفاع بخدمات المرضى المقيمين في المستشفى، أو خدمات العلاج في العيادات الخارجية المحددة ببرنامج المنافع وأحكام البوليصة الخاصة ببرنامج ضمانهم الصحي .

---

(١)-مقالة بعنوان دليل المشترك بشركة ضمان – ٢٠٠٦-الشركة الوطنية للضمان الصحي الإمارات .

للانتفاع من أي من الخدمات المقدمة في برامج شركة (ضمان) للضمان الصحي، سوف يتوجب عليهم إبراز بطاقة (ضمان) الخاصة بهم عند طلب الخدمة سواء كانت خدمة العيادات الخارجية أو خدمة المرضى المقيمين في المشفى .

كما يجب أيضاً الالتزام بالإجراءات الإدارية المتبعة . تم الاتفاق على هذه الإجراءات مع كافة المزودين المشاركين في شبكة (ضمان) ،والذين يوفرون خدمات علاجية للمرضى المقيمين في المشفى وخدمات علاج اليوم وفقا لبرنامج (ضمان) الصحي .

تتطلب بعض الخدمات العلاجية للمرضى المقيمين والعيادات الخارجية موافقة مسبقة من (ضمان). يقصد بذلك المساعدة في اختيار الإجراءات المناسبة وتجنب الجراحة والإقامة غير الضرورية في المستشفيات. وبذلك تحصل على الدعم اللازم للانتفاع الكامل من برنامج ضمان الصحي . يقوم المزود الطبي بهذا الإجراء الحصول على الموافقة المسبقة .

عند طلب الموافقة المسبقة تقرر شركة ضمان فيما لو كانت تلك الخدمات مغطاة وفقا لبرامج ضمانهم الصحي. لا يعني قيام الطبيب بإجراء ما أو وصفه علاجاً (حتى ولو كان هذا العلاج هو الوحيد المتاح لهذه الإصابة . المرض أو المرض النفسي)، بأنها خدمة صحية مغطاة كما هو محدد في أحكام بوليصة ضمانهم الصحي (ضمان).

<u>خدمات العيادات الخارجية :</u>

إذا كان الشخص مؤهلاً للحصول على منافع العلاج بالعيادات الخارجية كعضو في (ضمان) يرجى التعريف بنفسه كعضو مؤمن عليه لدى (ضمان) قبل تلقي أية خدمات طبية مطلوبة من قبل المزود الطبي .

تتطلب خدمات العيادات الخارجية التالية موافقة مسبقة من (ضمان) .

-التصوير بالرنين المغناطيسي. التصوير الطبقي المحوري والمناظير .

-العلاج الطبيعي

-الوصفات الدوائية بقصد العلاج لفترة تزيد عن ٣٠ يوماً .

-خدمات الأسنان (إذا كانت مغطاة).

سوف تتم مطالبته قبل أو بعد العلاج بدفع نسبة التحمل الشخصية بالضمان وفقاً لتفاصيل برنامج ضمانه الصحي . وبالإضافة إلى ذلك ، سوف يطلب منه دفع قيمة الخدمات الطبية غير المغطاة وفقاً لبرنامج ضمانه الصحي .

سيمده دليل شبكة مزودي الخدمات الطبية بالمعلومات الضرورية .

بعد تلقي الخدمات الطبية سيتم التوقيع على نموذج النفقات الطبية، والذي سيقوم المزود بتحضيره له قبل المغادرة وبالنسبة للقاصرين يمكن لذويهم التوقيع عنهم .

خدمات المرضى المقيمين في المستشفى وعلاج اليوم الواحد :

للانتفاع من خدمات المرضى المقيمين في المستشفى وخدما ت علاج اليوم الواحد كعضو في (ضمان)، يرجى التعريف بأنفسهم كأعضاء مؤمن عليهم لدى (ضمان) قبل تلقي أية خدمات طبية مطلوبة من قبل المزود الطبي . جميع خدمات المرضى المقيمين في المستشفى وخدمات علاج يوم واحد تتطلب موافقة مسبقة من (ضمان) ،باستثناء حالات الطوارئ (المهددة للحياة) ولكن يجب إخطار (ضمان) خلال ٢٤ ساعة .

إذا استدعت الحالات غير الطارئة الإقامة في المستشفى أو علاج يوم واحد سوف يقوم المزود الطبي بإرسال طلب موافقة مسبقة للخدمات المطلوبة إلى ضمان قبل الدخول الفعلي للمستشفى. وبدورها ستقوم (ضمان) بإخطار المزود الطبي فيما لو كانت هذه الخدمات مغطاة وفقاً لبرنامج ضمان الصحي وبأنها قابلة أو غير قابلة للدفع من قبل (ضمان) .

٤-كيفية تعويض المطالبات المالية :

إذا تم تلقي العلاج في حالة الطوارئ المهددة للحياة خارج شبكة مزودي خدمات (ضمان)، سيتحتم عليه الدفع مقابل تلك الخدمات التي قدمت لهم من قبل مزودي الخدمة العموميين، وإذا كانت تلك الخدمات مغطاة وفقا لبرنامج ضمانهم الصحي يمكنه تقديم مطالبة بتعويض تلك النفقات إلى ضمان .

يجب تقديم مطالبات التعويض إلى (ضمان) خلال ٣٠ يوماً من تاريخ تلقي العلاج للخدمات المقدمة في دولة الإمارات العربية المتحدة وخلال ٦٠ يوماً من تاريخ العلاج للخدمات المقدمة من خارج دولة الإمارات العربية المتحدة . يرجى الملاحظة بأن ضمان ستطالب بحد أدنى من البيانات كي تتمكن من تسوية تعويض المطالبات. المطالبات الموثقة بالمستندات المطلوبة تختصر من زمن التسوية.

يجب تقديم المستندات الداعمة التالية مع كل مطالبة :

١-صورة عن بطاقة ضمان .

٢-صورة عن الهوية الشخصية (جواز سفر، رخصة قيادة ....).

٣-النسخة الأصلية من الفواتير مع التاريخ .

٤-تقرير طبي (تقرير الخروج من المستشفى موقع من قبل الطبيب المعالج).

٥-الوصفة الأصلية الدوائية وفاتورة الصيدلية مفصلة (وفقاً للبنود)

٦-نتائج الاختبارات التشخيصية (المخبرية والشعاعية) وفواتيرها إن وجدت .

٧ -صورة عن جواز السفر يوضح تاريخ الخروج والعودة بالنسبة للمطالبات الدولية .

يتم تعويض المطالبات المالية الموثقة بالمستندات المطلوبة وفقا لشروط وأحكام البوليصة خلال أسبوعين من تسليم المطالبة المالية إلى (ضمان) .

يحرر شيك باسم حامل البوليصة مع نسخة من تقرير التسوية المفصل .

ومن خلال العرض السابق ،نجد أن الشركة تعاقدت مع أفضل مزودي خدمات الرعاية الصحية ومن كافة الاختصاصات في جميع أنحاء العالم لتضمن تقديم حلول الضمان الصحي الأنسب لتلبية احتياجات المؤسسات والأفراد .

وكما لاحظنا أن فريق الشركة الوطنية للضمان الصحي " ضمان " يتكون من مجموعة من المهنيين المختصين ذوي خبرات طويلة في مجال التأمين الصحي على الصعيدين المحلي والدولي، وهذه الشركة متعاقدة مع مجموعة " ميونيخ ري " كشريك استراتيجي لشركة ضمان وتعتبر شركة " ميونيخ ري " واحدة من الشركات الرائدة في مجال إعادة التأمين لما تتمتع به من قوة مالية وسمعة ممتازة ولها خبرة طويلة تتعدى التأمين .وإن المشترك بهذا البرنامج يحصل بسهولة على الخدمات والمعالجة الطبية الممتازة والمجانية وفقا لبرنامج ضمان أبو ظبي،وذلك بعد دفع مبلغ التحمل المذكور على بطاقة ضمان الخاصة به وبالنسبة للعلاج خارج الشبكة فهناك شروط خاصة يجب التقيد بها وبالنسبة للعيادات الخارجية أيضا هناك شروط تلزمه بالحصول على موافقة مسبقة ،وذلك للحصول على التصوير بالرنين المغناطيسي والطبقي المحوري والمناظير وغيرها من الخدمات الأخرى .وبالتالي أجده الأقرب إلى التطبيق في سورية نظرا لمزاياه الكثيرة السابقة وذلك طبعا بعد إيجاد البنية التحتية اللازمة لتطبيقه وتقديم التسهيلات لشركة التأمين .

وسنعرض أيضاً في بحثنا نموذجاً آخر للتأمين الصحي ،وهو التأمين الصحي الأردني:

٢-٣-٤-التأمين الصحي الطبي الأردني(١)

الشروط -المزايا -طرق الدفع-الاستثناءات:

تعلن نقابة الجيولوجيين الأردنيين عن برنامج التأمين الصحي الدرجة الأولى وبالتعاون مع شركة التامين الإسلامية وضمن مبدأ التأمين التعاوني المعتمد لدى الشركة وفقا لأحكام الشريعة الإسلامية وحسب الشروط التالية:

1-مدة التأمين :سنة واحدة قابله للتجديد تبدأ من تاريخ1 -9-2009.

2-يشمل هذا التأمين نفقات العلاج داخل وخارج المستشفى وحسب النسب المبينة في جدول الحدود والتغطيات رقم (٢-٣٢)

3-يشمل هذا التأمين نفقات علاج المشترك المشمول داخل الأردن فقط.

4-للمشترك المشمول، الحرية في تلقّي المعالجة داخل أو خارج الشبكة الطبية المعتمدة التي سيتم تزويد المتعاقد معهم بها عند التعاقد بموجب نماذج المعالجة، والمعالجة داخل الشبكة الطبية لا تتطلب أن يدفع المشترك نفقات المعالجة ولكنها تتطلب أن يدفع ما يترتب عليه من مبلغ التحمل فقط وحسب جدول الحدود والتغطيات.

5-في حالة المعالجة خارج الشبكة الطبية يقوم المشترك بدفع التكاليف كاملة، ومن ثم استردادها من الشركة بموجب تقديم مطالبة مع إرفاق الفواتير الأصلية.

6-يغطي هذا التأمين أمراض القلب التي تنشأ بعد الاشتراك في التأمين وبالنسبة للحالات السابقة يتم دراستها قبل إخضاعها للتامين وعند تقديم الطلب.

7-يغطي هذا التأمين حالات السرطان التي تنشأ بعد الاشتراك في التأمين فقط وبحد أعلى (6000) ستة آلاف دينار ولا ينظر في الحالات المرضية السابقة.

8-يغطي هذا التأمين العلاج الطبيعي للحالات المرضية التي تستدعي المعالجة الفيزيائية بناءً على طلب الطبيب المعالج حسب جدول المنافع.

9-يحق لكل من التالية الاشتراك شريطة انطباق الشروط عليهم:

أ .الجيولوجي أو الجيولوجية غير المتزوج.

---

(١)- بحث بعنوان التامين الصحي الأردني -٢٠١٠-دائرة الخدمات الطبية والتأمين الصحي ،جامعة الزرقاء الأهلية.

ب .الجيولوجي المتزوج يجب إشراك جميع أفراد عائلته بالتأمين حسب دفتر العائلة.

ج . الجيولوجية المتزوجة لها الحق في إشراك زوجها وأولادها حسب دفتر العائلة.

د . يجوز إشتراك والدي المشترك وأقاربه بالتأمين شريطة موافقة شركة التأمين بعد دراسة الطلب ويحق للشركة قبول أو رفض هذا الطلب.

هـ . يشترط فيما سبق أن لا يتجاوز العمر للمشترك (65) الخامسة والستون سنة.

10-يعفى مشتركو الدفعة الأولى (المسجلون قبل١-٩-٢٠٠٩)من فترات الانتظار المشار لها في جدول فترات الانتظار.

11-في حال اشتراك أي زميل بعد التاريخ المشار له في البند أعلاه يقوم بدفع اشتراكه حسب عدد أشهر اشتراكه، والتي ستنتهي بتاريخ31 -٨-٢٠١٠ ولكنه لا يستفيد من إعفاءات فترات الانتظار المشار لها في البند أعلاه.

12-يخضع هذا التأمين للاستثناءات العامة المرفقة وكذلك لأسقف المبالغ المحددة في جدول الحدود والتغطيات لنفقات العلاج الطبي المرفق، ولأسعار الجهات الرسمية أثناء سريان التأمين بشأن كل ما لم يرِدْ ذِكرُه في الجدول.

شروط الاشتراك وطرق الدفع

1.أن يكون الزميل أو الزميلة مسدداً أو مقسطاً لكافة التزاماته المالية للنقابة وصندوق التقاعد.

2.يكون الزميل أو الزميلة المسؤول الأول أمام النقابة في حال إشراك والديه وأقاربه

3.يستطيع المشترك الدفع عن طريق الأقساط الشهرية بالاقتطاع من راتبه أو الدفع مباشرة للنقابة.

4.يلتزم المشترك بتقديم شك رسمي برسم التحصيل بقيمة الاشتراك السنوي له وللمستفيدين من خلاله التأمين لدى النقابة.

يبدأ التسجيل اعتباراً من تاريخ-2009-8-15

مزايا البرنامج :

1.تغطية المواليد الجدد منذ اللحظة الأولى لولادتهم) الحالات الطبيعية (شريطة أن يكونوا بصحة جيدة ولمدة أقصاها 14 يوماً أو الخروج من المستشفى أيهما أول ،شريطة أن يتم إشراكه في التأمين قبل اليوم الخامس عشر، وإذا لم يتحقق هذا الشرط يطالب أهل الطفل بدفع كافة التكاليف التي صرفت عليه منذ ولادته ،ويستثنى من ذلك الطفل الذي يتوفاه الله قبل انقضاء مدة 14يوماً.

2 .تغطية فحص B12 والدواء إذا كان هناك ضرورة طبية وموصوفة من قبل طبيب.

3.تغطية فيتامينات الحمل الضرورية المسجلة كدواء والموصوفة من قبل طبيب.

4.يغطي هذا التأمين حالات السرطان التي تنشأ بعد الاشتراك في التامين فقط وبحد أعلى (6000) ستة آلاف دينار . ولا ينظر في الحالات المرضية السابقة.

5.يغطي هذا التأمين أمراض القلب التي تنشأ بعد الاشتراك في التأمين وبالنسبة للحالات السابقة يتم دراستها قبل إخضاعها للتأمين وعند تقديم الطلب.

6.تغطية فحوصات الهرمونات في حال وجود ضرورة طبية عدا ما يتعلق بالخصوبة.

7.تغطية العلاج الطبيعي بعدد محدد من الجلسات حسب جدول المنافع.

8.تغطية الخداج بمبلغ 500 دينار.

9.تقديم المشورة الطبية والمساعدة من قبل أطباء شركة التأمين الإسلامية.

10.مركز خدمات على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع مُدار من قبل فريق طبي متخصص.

11.تغطية انحراف الوتيرة الأنفية غير التجميلي.

12.شبكة طبية مميزة من{ أطباء، مستشفيات، صيدليات، مختبرات ومراكز أشعة ... إلخ } تغطي كافة مناطق المملكة.

. 13 -خدمة الخط السريع هاتف.5661300 -06على مدار (24) ساعة.

الاستثناءات العامة

من المفهوم والمتفق عليه أن ا لشركة غير مسؤولة عن دفع أية نفقاتٍ لأي عجزٍ أو معالجةٍ أوخدمة طبية ناتجة عن-:

1-أية إصابة أو أي مرض ينجمان بطريقة مباشرة أو غير مباشرة آلياً أو جزئياً عن-:

أ - الانتحار أو محاولة الانتحار، إيذاء النفس العَمْدي أو محاولة ذلك سواء أكان المشترك المشمول صحيح العقل أم لم يكن.

ب -الحرب(المعلنة أو غير المعلنة) ، الإضرابات، والثورات الشعبية والتمرد وأعمال العدو الأجنبي، الثورة المسلحة والإرهاب.

ج -الاشتراك في السباقات بجميع أنواعها والرياضات الخطرة.

د -التفاعلات الذرية أو التلوث الإشعاعي، التلوث الكيماوي، النشاطات الكيماوية والبيولوجية، وما ينتج عن أخطار الطبيعة.

2-جراحة التجميل، بما في ذلك انحراف الوتيرة الأنفية، ما لم تكن هذه الجراحة قد استدعتها الإصابة بحادث خلال مدة التأمين على أن تكون مثبتة من جهات رسمية.

3-الفحوصات العامة الدورية، وكذلك النقاهة والعناية في المنتجعات وغيرها من أماكن الراحة . الحجر الصحي والتطعيم والختان.

4-الأمراض الخَلْقية والوراثية ومضاعفاتها.

5-فحص السمع للأشخاص الذين يعانون من إعاقة سمعية وقيمة أجهزة السمع وتكاليف تراكيب المساعدات السمعية.

6-العدسات الطبية اللاصقة.

7-طب وجراحة الأسنان واللثة ما لم يكن ناتجاً عن حادث وقع أثناء سريان هذا التأمين. ولكن المعالجة العادية سوف تخضع لاتفاق خاص مقابل قسط إضافي يُتَّفق عليه،وفي جميع الحالات تُستَثنى قيمة الجسور والأسنان والتيجان المذهبة ،والكروم والكوبلت وتكاليف تركيبها.

8-الإجهاض غير القانوني، معالجة حالات العقم، واضطرابات الدورة الشهرية والهرمونية الأخرى، وكذلك قيمة موانع الحمل بكافة أنواعها، بما في ذلك قيمة تكاليف تراكيب وإزالة موانع الحمل وتكاليف معالجة مضاعفاتها وتكاليف أية إجراءات طبية أو مخبرية أو شعاعية غير مثبتة بوصفة طبية.

9- مرض نقص المناعة المكتسبة الـ (AIDS) ما لم يكن ناتجاً عن نقل الدم بسبب عملية جراحية أثناء سريان هذا التأمين والأمراض الجنسية بكافة أنواعها والضعف الجنسي.

10-أ – العاهات السابقة لتاريخ ابتداء التأمين.

ب – الحالات المرضية السابقة لتاريخ ابتداء تأمين المشترك(بما في ذلك الحساسية المزمنة والتلوّن الجلدي، والدوالي التجميلية ،والمتعلقة بالخصوبة وتساقط الشعر والثعلبة وحَبُّ الشباب) على أن يتم تغطية المضادات الحيوية المتعلقة بحب الشباب فقط لا غير.

11-الخلل العقلي أو الأمراض النفسية، الصَرَع أو إدمان المخَدِّرات، الزهايمر والأمراض الإنحلالية العضال المشابهة.

١٢–قيمة وتكاليف تركيب الأطراف الصناعية وكذلك زراعة الأعضاء و جميع التكاليف المتعلقة بالمتبرع.

13-الأطراف والمفاصل الصناعية وصمامات القلب ومنظم ضربات ا لقلب وزراعتها وأجهزة الخلع الوركي.

14-العلاج الطبيعي، ما لم يكن مذكوراً بجدول المنافع.

15-إصابات العمل وأمراض المهنة التي يغطيها الضمان الاجتماعي، وكذلك الإصابات الناجمة عن الحوادث المرورية.

16-الأوبئة العامة والمطاعم بأنواعها، وكذلك الأمراض التي تكلفها الدولة أو أية هيئة أو جهة أخرى.

17- أي علاج من خلال الطب الاتصالي (Telemedicine) والمعالجة المثلية والعلاج بالإبر.

18-فحص النظر وتكاليف النظارات الطبية وعدساتها أو ما شابهها، وكذلك أي جراحة أو إجراء طبي من أجل تقويم الانكسار البصري.

19-كافة الحالات المتعلقة بالخصوبة من(فحوصات، أدوية)والتلقيح الصناعي وزرع الأجنة.

20-أي إجراء طبي تجريبي غير مثبت و أي علاج أو إجراء من قبل أحد أفراد الأسرة حتى لوكان مؤهلاً، وأي علاج أو إجراء من قبل شخص ليس طبيباً.

21-الأجهزة والمستلزمات والمعدات الطبية وغير الطبية المساعدة خارج المستشفى.

22-كافة الحالات التي تتطلب إدخال إلى المستشفى، ولم يتم تبليغ قسم الموافقات الطبية عنها قبل 24 ساعة على الأقل من تاريخ الخروج من المستشفى.

23-الحقن الوريدية و/أو الحقن العضلية إذا وصفت فارغة دون الدواء.

24-المستحضرات والأدوية الجلدية لغايات التجميل أو ذات العلاقة بها.

25-كافة المعالجات والفحوصات والأدوية والإجراءات الطبية التي تصرف بدون استعمال نموذج طبي.

26-جميع المواد التي لا يمكن اعتبارها دواء (غير مسجلة في وزارة الصحة كدواء)

27-الديلزة (غسيل الكلى).

28-الخداج واليرقان للمواليد الجدد.

الأسعار السنوية:

من سن 14 يوماً 17 - عاما	158ً دينار
من سن 18 عاماً 65 - عاماً	215 دينار
من سن 18 عاماً 65 - عاماً للأنثى المتزوجة وترغب بالحمل	226دينار

جدول الحدود والتغطيات:رقم (٢-٣٢)

العلاج داخل المستشفى	الدرجات	الدرجة الأولى
	الحد الأقصى السنوي	60000 دينار
	الحد الأقصى لكل حالة مرضية	6000 دينار
	نسبة التغطية	% 100
	شبكات القلب	حد أقصى 6000 دينار
العلاج خارج المستشفى	الحد الأقصى السنوي	غير محدد
	عدد النماذج	10يستلم المشترك 4 منها عند توقيع العقد والباقي بعد انتهاء الدفعة الأولى
	نسبة التغطية:- زيارة الطبيب -الأدوية الموصوفة من قِبَل طبيب -المختبر والأشعة والفحوصات الأخرى - العلاج الطبيعي بحد أقصى 15جلسة لكل منتفع سنوياً	%١٠٠ % 80 % 80 % 80 % 80
الولادة	الولادة الطبيعية	350 دينار
	الولادة القيصرية	650 دينار
	الإجهاض القانوني	

ملاحظة هامة-:

في حال المعالجة خارج المستشفى سيتم تغطية ما نسبته % 80 من الأسعار المتفق عليها مع الجهات الطبية المعتمدة لدينا، باستثناء أجور الأطباء بنسبة % 100 وحسب الحد الأدنى لتسعيرة نقابة الأطباء الأردني ين لعام 1998 ، ويتم إرفاق نموذج معالجة خارج المستشفى لكل مطالبة ترد إلينا ليتم تسديدها حسب الأصول.

جدول فترات الانتظار :رقم(٢-٣٣)

الرقم	الاستثناء	مدة الانتظار
١	الحمل والولادة	7شهور
٢	البواسير والنواصير والشق الشرجي	3شهور
٣	اللوزتين والزوائد اللحمية والجيوب والقرنيات الأنفية	3شهور
٤	الفتق	3شهور
٥	آلام وجراحة الظهر وآلام وجراحة وتنظير الركبة	٦ شهور
٦	الأورام الليفية والبطانية الرحمية واستئصال الرحم	٦ شهور
٧	عمليات الساد وارتفاع ضغط العين	٦ شهور
٨	دوالي الأوردة ، دوالي الخصية ، القيلة (أكياس مائية)	٦ شهور
٩	أمراض ضغط الدم وارتفاع الدهنيات ومضاعفاتها	٦ شهور
١٠	أمراض السكري	١٢ شهراً
١١	المواليد الجدد	من اليوم الأول
١٢	أدوية وفحوصات الأمراض المزمنة (ضغط، 9 شهور سكري،كولسترول،هشاشة العظم، .... إلخ)	٩ شهور

نلاحظ من هذا البرنامج أنه بالرغم من المزايا الكثيرة التي يتمتع بها البرنامج من تغطية للمواليد الجدد، وحالات السرطان، والقلب والهرمونات وغيرها فإن الاستثناءات تغلب على المزايا فمثلا مشاكل العين من فحص للنظر وتكاليف النظارات الطبية والعدسات اللاصقة وأي جراحة للعين، فإنه لا يغطيها لذلك

حالات اضطرابات السمع وطب وجراحة الأسنان والحالات المتعلقة بالخصـــوبة والأدوية الجلدية وغيرها من الخدمات الطبية المستثناة التي سبق ذكرها، نقتـــرح عدم تبني هذا النموذج في سورية .

<u>**الفصل الثالث :**</u>

مقترحات لآلية تطبيق نظام الضمان الصحي في سورية:

المبحث الأول : الشرائح الاجتماعية المقترح تطبيق نظام الضمان الصحي عليها .

٣ –١ –١– المبالغ التي يدفعها المواطن

٣ –١ –٢– الأمراض التي يشملها المشروع

٣ –١ –٣– المشافي التي ستقدم الخدمة

٣–١–٤– البنية التحتية لتطبيق الضمان الصحي .

٣–١–٥– آليات مقترحة لتطبيق نظام الضمان الصحي.

٣–١–٥–١– التأمينات الاجتماعية وتنفيذ القانون .

٣–١–٥–٢– هيئة الضمان الصحي .

٣–١–٦– أسلوب تقديم الرعاية الصحية في التأمين الصحي.

٣–١–٦–١– دور الحكومة في أسواق التأمين الصحي .

3-1-6-2– دور القطاع الخاص في تطبيق الضمان الصحي .

٣–١–٦–٣– الأسلوب المباشر في تقديم الرعاية الصحية .

٣–١–٦–٤– الأسلوب غير المباشر في تقديم الرعاية الصحية.

٣–١–٧– طرق تأمين نفقات الرعاية الصحية .

المبحث الثاني: دليل استخدام التأمين الصحي للعاملين في القطاع الإداري .

مقدمة :

تناولت الدراسة في الفصلين الأول والثاني الواقع السكاني والصحي في سورية، والمفاهيم العامة للضمان الصحي وعوامل متطلبات تطبيقه ،والمشكلات التي تعترض هذا التطبيق ،و في هذا الفصل سنلقي الضوء على الآلية المقترحة لتطبيق الضمان الصحي من حيث الشرائح الاجتماعية المقترحة التي تشملها نظام الضمان الصحي، والبنية التحتية لذلك ، والآليات المقترحة من حيث التأمينات الاجتماعية وتنفيذ القانون وهيئة الضمان الصحي، وسأعرض الأساليب لتطبيق الضمان الصحي ،لذا فاخترت منها أسلوبين: المباشر وغير المباشر، ثم طرق تأمين نفقات الرعاية الصحية .ومن ثم شرحت بصورة موجزة للتأمين الصحي الأردني من حيث البرامج والأسلوب وطرق الدفع ،كما سأعرض لدليل استخدام الضمان الصحي للعاملين في القطاع الإداري .

المبحث الأول: الشرائح الاجتماعية التي سيطبق عليها نظام الضمان الصحي :

إن قانون الضمان الصحي سيغطي شرائح المجتمع كافة، إلا أنه في كل دول العالم يطبق الضمان الصحي تدريجياً، وإن مشروع قانون الضمان السابق الذي صدر عام ١٩٧٩ في الأصل حدد عدداً من السنوات، وفي الوقت الحاضر إن أي مشروع ضمان من المفروض أن يطبق تدريجياً كي لا يتم الوقوع في أية إشكالات، وإن الشريحة الأولى من الممكن أن تكون شريحة العاملين في الدولة ،وهؤلاء يمكن أن ينقسموا إلى شرائح وتقترح وزارة الصحة أن يتم البدء بشريحة المعلمين. وهناك وزارات في الوقت الحاضر تقوم بتغطية الكلف الصحية للعاملين فيها مثل وزارة الكهرباء حيث هناك صناديق تعاون ،ولكن المفروض إيجاد آلية تجمع هذه الإجراءات مع مشروع ضمان واحد، وبالتالي يتم البدء بشكل تدريجي وليكن على سبيل المثال المعلمون ومن بعدها يضاف إليهم المتقاعدون ،ومن ثم العاملون الآخرون في الدولة ومن ثم يطرح على المواطنين عموماً [١].وفي عام ٢٠١١ صدر مشروع مرسوم لتشميل متقاعدي الدولة بالتامين الصحي ، كما صدر أيضا مشروع مرسوم آخر لتأسيس شركة شام للتامين الصحي . ويحق للمواطن الاشتراك في الضمان الصحي كما في جميع دول العالم . وقد تمت دراسة تجارب دول عديدة من شرق آسيا إلى أوربا، بالإضافة إلى الدول العربية ،وسيتم محاولة الإفادة من النقاط التي هي في مصلحة المواطن في سورية .

بدأت وزارة الصحة بمشروع قانون الضمان الصحي عام ٢٠٠٠ عندما توفرت لها البنية التحتية الكافية لإنشاء هيئة للضمان الصحي في سورية ، وقد وضعت مع بداية عام ٢٠٠٠ ولتاريخ اليوم سلسلة من المشافي في جميع محافظات القطر، وأصبح لدينا كادر كاف قادر على تشغيلها، وتمت مراسلة جميع وزراء الصحة بالدول العربية للإفادة من تجاربهم، وتم إحضار التعليمات التنفيذية لقوانينهم وصور عنها وجميع الأمور المتعلقة بالضمان الصحي لديهم .

وقد كانت هناك تجربة سابقة لم تنجح عام ١٩٧٩ وصدر قانون للضمان الصحي ولم ينفذ ومن أسبابه موضوعان رئيسيان كما ذكرنا سابقاً، وهُما عدم وجود الدراسات الكافية في ذلك الوقت من قبل وزارة الصحة وعدم توفر البنية التحتية لتطبيق الضمان الصحي، وقد قامت وزارة الصحة بصياغة مجموع الخبرات بالاشتراك مع لجنة ضمنت جميع الجهات المعنية كوزارة الشؤون الاجتماعية والعمل ،ومؤسسة التأمينات الاجتماعية، وجميع النقابات وأطباء الأسنان والصيادلة والمعلمين ،وبعض الخبرات الموجودة في القطاع الخاص للوصول إلى مشروع القانون وتعليماته التنفيذية ونظامه الداخلي .

١– د – الحسامي، ماهر–الشرائح الاجتماعية التي سيطبق عليها الضمان الصحي ، المجلة الالكترونية ٢٠٠٧.

وعندما يطبق مشروع الضمان الصحي سيتيح تنافسية جدية بين جميع مقدمي الخدمات، كقطاع عام أو خاص والهدف بالمحصلة تقديم خدمة جيدة للمواطن السوري، ويعني تطبيق الضمان الصحي في سورية بشكل أو بآخر أن المواطن السوري سيكون شريكاً أو أساسياً في تقديم الخدمات الصحية والمساهمة في جودتها وتطويرها [١].

من الخطأ أن نتوقع من الدولة أن تتحمل بمفردها كل العبء الذي يتطلبه توفير الصحة للجميع،وإلا فإن الأمر سوف يصبح في النهاية مجرد شعار آخر من الشعارات الطنانة، والتي كثيراً ما ترفع في البلدان الفقيرة، ونادرا ما تجد طريقها للتطبيق .

في ظل النظام الاقتصادي العالمي الراهن، والذي يشوهه الاستغلال والاحتكارات والحواجز الجمركية والذي أصبح يسمى الاستعمار المقنع فإن فرص:

- توفير الصحة للجميع سوف تبقى ضئيلة ولا بد من ترتيب الأولويات قبل الشروع بالعمل .

- من العناصر التي لاغنى عنها في نظام التأمين مثلا، دور طبيب الأسرة وحق المريض في اختيار الطبيب الذي يود استشارته .

- كذلك من شأن مشاركة القطاع الطبي الخاص في نظام التأمين أن يتيح للجمهور الاستفادة من الموارد الكبيرة التي يملكها هذا القطاع ،،وتجبر الممارسين على التنافس فيما بينهم وهذا في مصلحة المريض .

- ينبغي التنسيق وتبسيط الإجراءات وضمان توفير الأموال بصورة ثابتة .

- الأجور يجب أن تكون متناسبة مع نوعية الخدمة المقدمة بحيث تخلق حافزا آخر لبذل أقصى الجهود الممكنة من أجل مصلحة المريض .

- توزيع الموارد والخدمات بأقصى قدر من الإنصاف والعدالة .

- كسب تأييد ودعم الجماهير على أساس كفاءة الخدمات .

- الاهتمام بشكاوى المواطنين وحل مشكلاتهم .

- عدم المغالاة في وصف العقاقير .

١- د-الحسامي ، ماهر- الشرائح الاجتماعية التي سيطبق عليها الضمان الصحي ، المجلة الالكترونية ٢٠٠٧.

٣-١-١ المبالغ المترتبة على المواطن :

المقترح بمشروع القانون أن يتم اقتطاع ٣% من الراتب الشهري المقطوع للعاملين بالدولة وتساهم الدولة كدعم للموظف بنسبة ٦ % فتكون المحصلة ٩% للمشاركة في الهيئة العامة للضمان الصحي التي ستصدر بموجب قانون الضمان الصحي . وتشمل هذه النسبة العامل مع أسرته كاملاً ولمن يرغب من القطاع الخاص لأن القانون لم يشمل العاملين في الدولة فقط، وإنما أيضاً جميع المواطنين السوريين. مقابل هذه النسبة سيتم الدفع بشكل مباشر من قبل المواطن الذي يعمل بالقطاع الخاص وغير الموظف في الدولة، وذلك عن كل فرد من أفراد عائلته، فعملياً أعطت الدولة ميزات للعاملين بالدولة وللمساهمة للقطاع الخاص لمن يرغب بالضمان الصحي .

٣-١-٢- الأمراض التي يشملها المشروع :

تقدم الوزارة جميع أنواع الخدمات الوقائية وسوف تستمر بتقديمها، مثل اللقاحات للأطفال ورعاية الحوامل ورعاية الأمهات، وبالإضافة إلى ذلك ستقدم الهيئة العامة للضمان الصحي العلاج لجميع أنواع الأمراض المزمنة والعامة وهناك بعض الأمراض المكلفة، حيث تم في التعليمات التنفيذية لحظ المقدار الذي سيدفعه المشترك بالضمان الصحي بشكل أساسي مقابل تقديم هذه الخدمة، فهناك المبلغ الذي تمت الإشارة إليه وهو ٣%+٦% مساهمة الدولة، يضاف إليه مبلغ محدد سيدفع من قبل المواطن لقاء معالجة بعض الأمراض المزمنة.

وبالنسبة للأمراض المزمنة *التي* يقصد بها عمليات جراحة القلب، عمليات جراحة الأورام المكلفة للمواطن وللدولة، التي تدفع مبالغ كبيرة مقابل تقديم هذه الخدمات مثل غسيل الكلية وباقي الأمراض المزمنة .

أما الأمراض السارية فهي تدخل ضمن البرامج الوقائية التي ستستمر الدولة في توفير علاجاتها بشكل مجاني .

٣-١-٣- المشافي التي ستقدم هذه الخدمة :

أتاح مشروع القانون للهيئة العامة للضمان الصحي أن تتعاقد مع جميع المؤسسات العامة من مشافٍ عامة وخاصة وذلك في إطار خلق نوع من التنافسية ولذلك أضيف إلى التعليمات التنفيذية أن التعاقد سيتم مع المشافي التي تتمتع بمعايير الجودة على نحو جيد، وفي مرحلة لاحقة تسعى الوزارة إلى تطبيق ما يسمى بالاعتمادية التي تهدف إلى تحقيق مجموعة من المعايير والمواصفات المطلوبة في أي مشفى كي تكون الخدمة الصحية فيه جيدة. [(١)]

---

(١) –دشاش ، محمود ، ٢٠٠٧ . المجلة الالكترونية .مرجع سبق ذكره.

٣-١-٤-البنية التحتية لتطبيق قانون الضمان الصحي :

لقد تم خلال عامي ٢٠٠٥ و ٢٠٠٦ إضافة ١٦ مشفىً جديداً منتشرة في جميع أنحاء سورية. والجديد هو أن المشافي لم تعد موجودة فقط في مراكز المحافظات كما كانت سابقاً، ففي عام ١٩٧٩ كانت فقط في دمشق وحلب، وحالياً انتشرت المشافي في جميع محافظات القطر وعلى سبيل المثال لدينا في محافظة الحسكة ٣ مشاف جديدة سعة كل منها ٢٠٠٠ سرير، في رأس العين والمالكية والقامشلي، ولدينا في الرقة على سبيل المثال أيضاً في منطقة الثورة، وفي إدلب وفي جسر الشغور والمعرة، وعملياً ستوفر المشافي الجديدة التي أقامتها وزارة الصحة جميع متطلبات العلاج وسيتاح لها التعاقد مع الهيئة العامة للضمان الصحي.

وبالنسبة للعدد المتوقع شموله بالضمان الصحي فنحن بحاجة لتطبيق القانون على مراحل، فالمقترح أن يتم تطبيقه على شريحة محددة في بعض المحافظات خلال السنة الأولى من تطبيق القانون كي نلتمس نقاط الضعف والقوة ،وبالتالي إجراء بعض التغييرات قبل تعميمه على جميع المحافظات والمواطنين، فالوصول إلى جميع مواطني القطر لا يمكن أن يتم بين يوم وليلة بل هو بحاجة إلى مراحل [١].

وبالنسبة لثمن الدواء فقد لحظت التعليمات التنفيذية جميع قوائم الأدوية التي سيتم تقديمها للمواطن مقابل العلاج الذي سيوصف من قبل الأطباء، والواقع الحالي يبين سوء استخدام الأدوية، حيث يتاح للمواطن أن يذهب إلى أي صيدلية ليأخذ الدواء الذي يرغب، لذلك هناك حاجة إلى ترشيد استخدام الأدوية، والتطوير في جودة العمل، بحيث يكون الدواء وفق احتياج المريض ووفق مايراه الطبيب الاختصاصي، وعندما تتجاوز تكلفة المعالجة حداً معيناً ستكون هناك مساهمة بسيطة من قبل المواطن المشترك .

٣-١-٥- آليات مقترحة لتطبيق نظام الضمان الصحي :

تبين مصادر التأمينات الاجتماعية أنها يمكن أن تستوفي الاشتراكات المحددة للضمان بنسبة مئوية من الأجر السنوي ، وترى المؤسسة ضرورة أن تتحمل وزارة المالية سداد أي عجز ينجم عن تطبيق الضمان الصحي بالنسبة لمؤسسة التأمينات، بحيث تساهم سنوياً بمبلغ لدعم هذا الصندوق (الضمان الصحي).

وتوضح مؤسسة التأمينات الاجتماعية أنه في حال عائدية الضمان الصحي ، فهي ستقوم مع وزارة الصحة ومؤسساتها الصحية العامة والخاصة بالتعاون الفني من خلال تشكيل لجان مشتركة لوضع الأسس والمعايير لتطبيق القانون ،ويكون للوزارة المشافي وأجور العلاج،

---

(١) – مقالة بعنوان الضمان الصحي مشروع قانون يهم كل مواطن.٢٠٠٧–المجلة الالكترونية.

بحيث يتم تحويل النفقات من صناديق الضمان الصحي عن طريق المؤسسة المحدثة لهذه الغاية .

٣-١-٥-١-التأمينات الاجتماعية وتنفيذ هذا القانون :

ترى مؤسسة التأمينات الاجتماعية أن تتولى تنفيذ هذا القانون، حيث أنها تمتلك إمكانيات تطبيقه ولديها الكوادر الفنية والطبية اللازمة،وتمارس العمل التأميني والتأمين على جميع العاملين في القطاع العام والخاص (المشترك والتعاوني)، ولا تجد المؤسسة صعوبة في تشميل العاملين لديها بالضمان الصحي، واستيفاء الاشتراكات المخصصة سواء من العامل أو صاحب العمل . ويتبين من مصادر المؤسسة أنها تمتلك أكبر شبكة معلومات حاسوبية تتضمن المعلومات الشخصية والتاريخية للمؤمن عليهم ،وقد أصبحت المؤسسة المرجع التأميني الوحيد في سورية بموجب القانون رقم ٧٨ لعام ٢٠٠١، وبذلك يشمل قانون الضمان الصحي حكماً العمال الذين يخضعون لمؤسسة التأمين والمعاشات وجميع أفراد أسرهم ومن يعولوهم قانوناً، بالإضافة إلى أصحاب المعاشات التقاعدية [١].

إن قانون الضمان الصحي هو أحد القوانين التي تشكل منظومة الأمان والضمان الاجتماعي الذي نسعى ونطالب بتحقيقه للتوجه نحو اقتصاد السوق الاجتماعي، وهو مطلب أساسي للحركة النقابية والطبقة العاملة منذ عشرات السنين، وقد جدد هذا المطلب منذ أربع سنوات ولكن وقتها لم تتوفر الإمكانية لتطبيق الضمان وطلب في حينها إعطاء فرصة لتهيئة البنية التحتية للضمان ،وهذه التهيئة ليست سهلة لأن المطلوب إحداث مشافٍ ومراكز صحية في كل حي ومدينة بما يتلاءم ويتناسب بشكل كامل ،وهذا يحتاج إلى تقنية كبيرة وكادر بشري مدرب ولعل ذلك ليس سهلاً إذاً فالضمان الصحي الذي طرح في تلك الفترة ليس فقط للطبقة العاملة، وإنما لجميع المواطنين على أن يدفع كل مواطن وقتها ١٠٠ ليرة وذلك عند توافر الكادر البشري والقاعدة المادية (من مشافٍ ومراكز صحية ومشاريع وصيدليات وغيرها)، فالضمان الصحي يعمل على تحقيق جملة من الأهداف أهمها تحقيق العدالة والمساواة، وتوزيع العبء الصحي لعموم العاملين حيث هناك شريحة واسعة من العاملين في الدولة لا تستفيد حالياً من أي خدمة صحية (طبية)[٢].

وخاصة القطاع الإداري في حين القطاع الاقتصادي يستفيد بشروط عند العاملين الآخرين لذلك الضمان الصحي هو مطلب محق .

---

(١) – القادري ، جمال . ٢٠٠٧ ، مقالة حول الضمان الصحي مطلب منذ عشرات السنين .

(٢) – حرفوش ، باسل –٢٠٠٨ . مقالة بعنوان نظام الضمان الصحي المقترح لأطباء سورية .

ويطالب رئيس اتحاد العمال بتشميل هؤلاء بأحكام المادة ٦٥ من قانون العمل التي تتضمن تقديم هذه الخدمة وفق شروط مدروسة ومرحب بها، والاستعداد لبذل كل الجهود في سبيل إنجاح مشروع الضمان الصحي. إن صناديق المساعدة الاجتماعية وصناديق التكافل والضمان الاجتماعي الموجودة في النقابات يمكنها أن تساهم في تمويل مشروع الضمان الصحي، حيث يمكن للنقابات أن تحقق الحد الأدنى من الخدمة الصحية للمنتسبين إليها، من خلال المشافي العمالية والمستوصفات والمشاريع والمراكز الصحية والصيدليات وغيرها ،والتي توجد فيها مختلف أنواع العيادات التخصصية حيث تقدم فيها الخدمة الطبية شبه المجانية، وحتى هذه التسعيرة يمكن تعميمها على جميع المواطنين بالحد الأدنى، وبالمقابل فإن نقابات العمال لا تستطيع أن تقوم في الوقت نفسه بأعباء الضمان الصحي بمعناه الشمولي الذي يقع على عاتق الدولة، ولكنها لن تقتصر على هذا الجانب، حيث أن صناديق المساعدة التي ذكرت جميعها تقدم شكلاً من أشكال الخدمة، ريثما ينجز المشروع الذي نطمح له جميعاً مع كل أبناء الطبقة العاملة وأسرهم باشتراكات معقولة وخدمة طبية مقبولة .

من الملاحظ أن معظم رواد مشافي محافظة دمشق الرئيسية (المواساة، الأسد الجامعي، المجتهد، بالإضافة إلى مشفى الأطفال) هم من خارجها، ويشكلون نسبة ٩٠ %، ومن هنا تأتي أهمية الضمان الصحي، والحاجة إلى قاعدة صحيحة وعمل جاد وشاق يشمل كل مساحة الوطن حيث كل مشاريع النقابات هي خطوة في المجال الصحي .

<u>٣-١-٥-٢--هيئة الضمان الصحي :</u>

جاء في المادة الثانية من مشروع قانون الضمان الصحي :

تحدث هيئة عامة تسمى الهيئة العامة للضمان الصحي مركزها مدينة دمشق، تتمتع بالشخصية الاعتبارية، والاستقلال المادي والإداري وترتبط بوزير الصحة . وتحدث فروع للهيئة في المحافظات بقرار من الوزير[١] .

بينما أشارت المادة الثالثة إلى أن الهيئة تهدف إلى تحقيق الضمان الصحي لمواطني الجمهورية العربية السورية ومن في حكمهم والراغبين من المقيمين فيها وفقاً للخطة التي يقترحها مجلس الإدارة ويقرها رئيس مجلس الوزراء .

(١)–حرفوش ،باسل ،٢٠٠٨–مقالة بعنوان نظام الضمان الصحي المقترح لأطباء سورية .

- ***مهام هيئة الضمان الصحي :***

أشارت المادة الخامسة من مشروع قانون الضمان الصحي إلى أن الهيئة، وفي سبيل تحقيق مهامها تتمتع بالصلاحيات التالية[١] :

- التعاقد مع المؤسسات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية التي نالت الاعتمادية والأطباء العامين وأطباء الأسنان والاختصاصيين وغيرهم ،مما يؤدي إلى تحقيق الهدف من الضمان الصحي وفق أسس يحددها مجلس الإدارة

- بناء أو شراء أو استئجار المشافي والعيادات وغيرها من الأبنية بقرار من وزير الصحة بناء على اقتراح من مجلس إدارة الهيئة وموافقة رئيس مجلس الوزراء .
- منح حوافز للعاملين والمتعاقدين في ضوء الإيرادات الفعلية من المشتركين وفق أسس يضعها المجلس، وتصدر بقرار من رئيس مجلس الوزراء بناء على رأي كل من وزيري الصحة والمالية، وتستثنى هذه الحوافز من الحدود القصوى للتعويضات المنصوص عنها في قانون العاملين الأساسي في الدولة وتعديلاته.

- ***ايرادات الهيئة :***

تتألف إيرادات الهيئة مما يلي :

– الاشتراكات المقتطعة شهرياً من المشتركين العاملين في القطاع العام أو المشترك أو الخاص، أو المنظمات الشعبية أو النقابات المهنية أو المتقاعدين وفق الأسس التي يعتمدها مجلس الإدارة بما لا يتجاوز ٣% من الراتب أو الأجر المقطوع، أو المعاش التقاعدي أو المعاش المنتقل والموافق عليها من قبل رئاسة مجلس الوزراء .

– الاشتراكات من الأفراد أو أرباب العمل أو المقيمين في الجمهورية العربية السورية، أو العاطلين عن العمل وفق الأسس والنسب التي يعتمدها مجلس الإدارة والموافق عليها من قبل رئاسة مجلس الوزراء .

– الحصة المناظرة التي تدفعها الدولة أو أرباب العمل ومقدارها ٦ % من الراتب أو الأجر المقطوع المعرف وفق القوانين والأنظمة النافذة .

– الحصة المناظرة للمستفيدين من أصحاب المعاشات التقاعدية والمعاش المنتقل، وأصحاب معاش العجز الطبيعي وعجز الإصابة وفق القوانين والأنظمة النافذة، ولاسيما قانون التأمينات رقم ٩٢ لعام ١٩٥٩ وتعديلاته وذلك حسب العائدية وتتحمل الدولة أي عجز يلحق بمؤسسة التأمينات الاجتماعية نتيجة تطبيق هذه الفقرة .

---

(١)–المجلة الالكترونية، ٢٠٠٧–مقالة بعنوان هيئة الضمان الصحي .

- الإعانات والهبات والتبرعات والوصايا والهدايا التي يقرر المجلس قبولها .

- الأجور الرمزية المحددة باللائحة التنفيذية التي يدفعها المشتركون لقاء بعض الخدمات الطبية المقدمة لهم .

- تتحمل الدولة أي عجز يلحق بميزانية الضمان الصحي .

- مؤسسة التأمينات من وسائل التنفيذ .

٣-١-٦- *أسلوب تقديم الرعاية الصحية في الضمان الصحي :*

تُعَدُّ مؤسسة التأمينات الاجتماعية من وسائل تنفيذ الضمان الصحي في سورية، لاسيما فيما يتعلق بالمشتركين والمتقاعدين لديها، بما في ذلك الأمراض المهنية ،وتقوم بالتنسيق مع مؤسسة التأمين والمعاشات فيما يتعلق بالمشتركين القدامى والمتقاعدين كون قانون التأمينات الاجتماعية هو المرجع الوحيد بعد تعديله بموجب القانون ٧٨ لعام ٢٠٠١ .

ويجوز لمؤسسة التأمينات الاجتماعية التعاقد مع الهيئة لمعالجة إصابات العمل والأمراض المهنية والفحوص الدورية، ويعود لها أمر البت في كل ما يترتب عن إصابات العمل والأمراض المهنية من آثار قانونية وتعويضات وغيرها .

وقد جاء في مشروع قانون الضمان الصحي مايلي :

- يحال المريض من قبل المعتمد إلى الطبيب الاختصاصي عند الاقتضاء، ويجوز تكرار مراجعة الاختصاصي مباشرة لنفس الحالة المرضية، كما يجوز للطبيب الاختصاصي الطلب من الطبيب المعتمد متابعة الحالة للمريض في بعض الأمراض المزمنة كارتفاع التوتر الشرياني والداء السكري، وغيرها .

- يحال المريض من قبل طبيبه المعتمد أو من قبل الاختصاصي إلى المستشفى عند الاقتضاء، أو يحال إلى المخابر ودور الأشعة وغيرها مما يلزم لتشخيص المرض ووصف العلاج المناسب .

- جاء في المادة الرابعة من مشروع القانون (قانون الضمان الصحي) إنه يجوز للمشترك مراجعة الطبيب الاختصاصي أو المشفى المعتمد مباشرة في حالات الإسعاف والولادات وأمراض الأطفال .

- يجوز للمشترك في حالات الإسعاف الطارئة مراجعة أقرب مستشفى أو طبيب من مكان وقوع الحادث حتى ولو كان غير معتمد وذلك للعلاج الإسعافي . ويتم إعلام الهيئة أو فرعها أو طبيبه المعتمد بذلك خلال فترة لا تزيد عن ٤٨ساعة حتى ينظر بموضوع نقله إلى منشأة صحية معتمدة عندما يسمح وضعه الصحي بذلك، وتقوم الهيئة بتسديد نفقات العلاج الإسعافي خلال مدة لا تتجاوز ٣٠ يوماً وحسب التعريفة المعتمدة .

- وقد حددت المادتان (١٠-١١) للائحة الأدوية والأجهزة التعويضية كما يلي:

يحدد المجلس لوائح الأدوية التي يسمح بصرفها للمشتركين وتصدر بقرار من وزير الصحة .
- يتم وصف الأدوية على وصفة طبية نظامية .
– تصرف الأدوية الموصوفة من صيدلي معتمد بعد اطلاعه على بطاقة المشترك ،وتثبيت رقمها على الوصفة الطبية وأخذ توقيع المشترك أو ذويه على استلام الدواء .
– توصف للأمراض الحادة أدوية لمدة لا تتجاوز ٧ أيام يمكن تكرارها بعد مراجعة الطبيب .
– توصف للأمراض المزمنة أدوية لمدة شهر تكرر بشكل دوري بعد مراجعة الاختصاصي أو الطبيب المعتمد .

- لا تلتزم الهيئة بأي نفقة ناجمة عن صرف أدوية غير معتمدة وغير واردة في لوائح الأدوية المعتمدة عليها .

- على الصيدليات التقيد بعدم تبديل الأدوية الموصوفة في الوصفة الطبية. تقدم الهيئة جميع المستلزمات الطبية تكون جزءاً أساسياً لعملية جراحية أو معالجة طبية باستثناء مستلزمات التجميل، ويضع على الأداة لوائح تفصيلية بها تصدر بقرار من وزير الصحة .

- يضع المجلس أسس تسليم الأجهزة التعويضية الدائمة الاستعمال واستردادها، كالنظارات الطبية وأجهزة تقوية السمع وغيرها، وتصدر بقرار من الوزير.

- – تمنح مجاناً الأطراف الصناعية وأجهزة الشلل، ويحدد المجلس أنواعها وشروط صرفها واستبدالها وإصلاحها بقرار يصدر عن الوزير.

– نفقات الولادة :

أشارت المادة (٢) إلى أن الهيئة تتحمل كافة نفقات الولادة للمشتركين، وما قد يطرأ عنها من اختلاطات، والعناية بالوليد خلال وجوده بالمستشفى، ومستلزمات الصحة الإنجابية، كما تتحمل كامل نفقات الولادة التي تجري ضمن المستشفى من قبل الأطباء والقابلات وفق قواعد وأسس يحددها المجلس وتعفى من الأجور الرمزية .

أما بالنسبة للمبالغ التي يدفعها المشترك :

يدفع المشترك لمقدمي الرعاية الصحية المعتمدين الأجور التالية[1] :

١٠٠ ليرة لقاء استدعاء الطبيب المعتمد إلى منزل المشترك .

٢٠٠ ليرة لقاء استدعاء الطبيب المختص إلى منزل المشترك .

١٠٠ ليرة في حال الحاجة إلى فحوص تشخيصية إضافة إلى رسم الزيارة المنزلية .

---

(١)–مقالة بعنوان مهام هيئة الضمان الصحي –٢٠٠٧،المجلة الالكترونية .

٥٠ ليرة لقاء استدعاء ذوي المهن الطبية المساعدة إلى المنزل للقيام بعمل طبي كحقن أبر والتغيير على الجروح أو للعلاج الفيزيائي وغيرها .

يتحمل المشترك أجور وسائط نقل المذكورين إلى منزله وإعادتهم أو يؤمنها لهم .

١٠ % من قيمة الأدوية الموصوفة على أن لا يزيد المبلغ المدفوع من قبل المشترك عن ٥٠٠ ليرة لكل وصفة .

١٠٠ ليرة لقاء الكشف الطبي والفحوص التشخيصية اللازمة له لدى الطبيب العام وطبيب الأسنان المعتمد .

٢٠٠ ليرة لقاء الكشف الطبي والفحوص التشخيصية اللازمة للطبيب البشري أو طبيب الأسنان الاختصاصي المعتمد .

يحدد المجلس نوعية الفحوص لكن من الطبيب العام والاختصاصي [1].

بالأرقام :

وفقاً للحسابات التي أجراها الاتحاد العام لنقابات العمال تشير المعلومات إلى أن عدد العاملين الإجمالي ١٠٥٠٠٠٠ عامل موزعين في القطاع الاقتصادي ٣٧٥ ألف عامل، وفي القطاع الإداري ٦٧٥ ألف عامل، ويصل عدد العاملين في القطاع الاقتصادي الذين يستفيدون من الرعاية الصحية الكاملة حالياً إلى ٣٧٥ ألف عامل، ويستفيد العاملون بالقطاع الإداري حسب الأرقام المتوفرة ١٥١٢٤عاملاً .

أما العاملون غير المستفيدين من الرعاية الصحية فيصل عددهم إلى ٦٦٠ ألف عامل .

<u>– تنظيم الخدمات الطبية في الضمان الصحي :</u>

ونقصد بذلك الخدمة المقدمة من المستشفيات والمراكز الطبية والعيادات والمخابر وكل من يؤدي خدمة طبية ويتلقى أجرا عليها (مقدمي الخدمة).

تم تطوير القطاع الصحي الخاص والعام ،وذلك بعد أن تم تهيئة البيئة الاستثمارية المناسبة، وأصبحت المشافي والمراكز الطبية والعيادات والمخابر الطبية على مستوى عال من الكفاءات الطبية والفنية والتجهيزات ذات المستوى العالي .

إلا أن هنالك تفاوتاً من منشأة إلى أخرى وهذا يؤكد الحاجة إلى تطويرها لمواكبة الزيادة في المراجعات الطبية المتوقعة فور تطبيق التأمين الفعلي .

أهم التغيرات المتوقعة على القطاع الصحي الخاص :

١- الانتقال من المنشآت الطبية المستقلة (عيادات)إلى الاتحاد في مجموعات متكاملة (مراكز ، مشافي) .

١- المجلة الالكترونية .مقالة حول ماذا يدفع المشترك .

٢- انتقال التعامل في المنشآت الطبية مع المريض كعميل إلى التعامل مع عملاء متعددين (حامل الوثيقة ، صاحب العمل ،شركة التامين) .

٣- انتقال جزء من تقديم الخدمات الطبية العلاجية للمرضى في المرافق الصحية إلى تقديم الرعاية الصحية الأولية والوقائية ، أي تبني فلسفة العلاج الوقائي والرعاية الصحية الأولية .

٤- تطوير أساليب تقديم الخدمة لتكون أكثر اقتصادية .

٥- اتباع الطرق المثلى للعلاج .

٦- وضع الكفاءات والخبرات اللازمة من الأطباء والفنيين .

٧- تطوير الأرشفة والنظم الإدارية والمحاسبية وحساب التكاليف والأتمتة .

٨- التخفيف من مدة مكوث المرضى في المشفى (length of stay).

٩- تحول الكثير من العمليات الطبية المجراة إلى عملية اليوم الواحد (one day case).

١٠- تطوير التدريب الطبي المستمر والأداء واستخدام أساليب متطورة لتقديم الخدمات أكثر اقتصادية .

١٠- ترابط مقدمي الخدمات الطبية على شكل شبكات محلية لتقديم الخدمات .

٣-١-٦-١- دور الحكومة في أسواق الخدمات الصحية

تزايد تدخل الحكومة في القطاع الصحي والطبي بسرعة كبيرة منذ منتصف ستينات القرن العشرين ، وهناك جهات حكومية مختلفة تقدم الخدمات الصحية للمنتسبين إليها سواء من خلال مستشفيات مملوكة ،لها أو من خلال نظم التأمين الصحي والرعاية الصحية مثل الشرطة والوزارات المختلفة .

هذا بالإضافة إلى الإعانات التي تقدمها الحكومة لتعليم المهن الصحية . بينما نلاحظ دور الحكومة الأقل وضوحاً في وضع القواعد التي تحدد دفع مقابل الخدمات الصحية وتنظيمها وتوفيرها .

ويرى البعض أن تزايد تدخل الحكومة في القطاع الصحي أمر مفيد، بينما يرى البعض الآخر أنه غير مناسب ويؤدي إلى عدم الكفاءة .

- **أوجه القصور في أسواق الخدمات الصحية :**

١- نقص المعلومات الخاصة بالتشخيص الطبي وحالة العلاج ونوعيته والأسعار الخاصة بهذه الخدمات .

٢- وجود حواجز على انتقال عناصر الإنتاج في سوق الخدمات الصحية مثل القيود المفروضة على ممارسة المهن الصحية .

٣- انخفاض حوافز المرضى ومقدمي الخدمات الصحية على تخفيض التكاليف .

- مبررات تدخل الحكومة في أسواق الخدمات الصحية :

١- الخدمات الصحية سلع عامة .

٢- عدم قدرة الفقراء على تحمل تكاليف الخدمات الصحية .

٣- تنظيم التأمين الصحي الذي يوفره القطاع الخاص

- دور الحكومة في تعديل آثار الانتشار الخارجية للخدمات الصحية :

إن هناك سبباً آخر لفشل السوق في الخدمات الصحية، وهو وجود الآثار الخارجية، و التي تتحقق عندما يؤدي العمل الذي يقوم به فرد (أو مشروع) إلى آثار ثانوية على الآخرين، وقد تكون إيجابية أو سلبية (١).

ولذلك فلابد من تدخل الحكومات كالتالي :

أ - يجب على الحكومة أن تحدد الطبيعة والحجم الحقيقي للمنافع و التكاليف الخارجية علماً بأنها عملية صعبة .

ب - تحديد كيفية تمويل هذه الوفورات أي من الذي يجب تعويضه، ومن الذي يجب أن تفرض عليه الضرائب (مثل تلوث الهواء * أثر سلبي) .

التدخل الحكومي في مجال الخدمات الصحية

عن طريق تقديم الإعانات لمقدمي الخدمات الصحية التي قد تكون إما إعانات عينية أو إعانات نقدية.

<u>٣ -١-٦-٢- دور القطاع الخاص في تطبيق نظام الضمان الصحي :</u>

ليست هناك إشارة للتوجه أو لتحميل القطاع الخاص مسؤولياته، حيث يجب توزيع المسؤولية كل حسب مجال عمله، فقد بادرت الدول النفطية بوضع تشريعات تلزم الشركات منذ عام ٢٠٠١ بتأمين الوافدين إليها .

ومن جهة أخرى هناك تقصير من القطاع الخاص وشركات التأمين في هذا الجانب. حيث أن المستهلكين أنفسهم، أي العمال، لا يطالبون بهذه الحقوق فمثلا هناك ١٧ نقابة في الأردن منها خمس نقابات فقط فيها يطبق التأمين الصحي فترة العمل فقط، وتوقفه بعد التقاعد عندما يكون العمال بأمس الحاجة إليه وهذه ثغرة كبيرة .

---

(١)-طلعت الدمرداش ،ابراهيم -٢٠٠٠.اقتصاديات الخدمات الصحية ،مكتبة المدينة ،الزقازيق ،مصر ،ص٧٦.

من المقترح إلقاء مسؤولية النفقات الصحية بشكل رئيسي على أرباب العمل وعلى الشركات، وهي الأقدر على تحمل الجانب الأكبر من كلفة الرعاية الصحية، ودون أن ننسى أن على المستفيد تحمل جزء من هذه النفقات .

من الضروري الأخذ بالعمل الطوعي الذي يقدمه المواطن بالتعاون مع الحكومة فمثلاً بالإمكان تنفيذ نظام التأمين الصحي في الريف على مساحة واسعة على أن تقدم البلدية الأرض، ويقدم المواطن البناء، في حين تقدم الحكومة التجهيزات الطبية والكادر الطبي .[(١)]

من جهة أخرى، فالحكومة ملزمة بتأمينات صحية للجميع، للغني والفقير، وللحصول على الخدمات الكمالية يلجأ الفقير إلى المشافي العامة، والغني إلى شركات التأمين التي توفر هذه الخدمة لمن يملك كلفتها ونفقتها العالية .

إن أول دولة في الوطن العربي طبقت التأمين الصحي هي سورية، من خلال شركة الضمان الصحي عام ١٩٦٨ حيث كان الموظفون شركاء الإدارة يتحملون بعض المصاريف بنسب معينة، وكانت هناك اتفاقية في مختلف المحافظات السورية مع العديد من المشافي والصيادلة، وعقود مع الأطباء، حيث كان المريض يذهب إلى المشفى مبرزاً هويته فقط .

كان عدد المؤمن عليهم في ذاك الوقت من الطبقة العمالية حوالي ٦ آلاف عائلة، وهي نسبة عالية بالقياس للوقت الحالي، حيث يوجد مليون و٢٠٠ ألف عامل ضرب خمسة وسطي عدد أفراد الأسرة يصبح لدينا حوالي ستة ملايين فرد نصفهم مشمول بواحد من أنظمة الضمان الصحي، الذي تختلف درجاته حسب المؤسسة التي يتبع لها الموظف، فبعض الوزارات مثل الاتصالات والتقانة مشمولون ١٠٠% هم وعائلاتهم بالإضافة إلى الشركة العامة للكهرباء والصناديق التعاونية للمعلمين والعمال وأطباء الأسنان والأطباء[(٢)]

لكن هذه الصناديق تحدد مبلغاً معيناً لا يمكن للمريض تجاوزه، بينما الهدف الأساسي للضمان الصحي هو أن يؤمن العلاج لمن لا يقدر على دفع المبالغ مهما كانت كلفتها، وهناك بعض الأمراض المكلفة التي لا يمكن تأمينها إلا عن طريق مشاركة المجتمع كله بدفعها .

على صعيد آخر رفعت وزارة الصحة مشروع نظام للضمان الصحي حددت فيه نسبة الاشتراكات بـــ 3% من راتب العامل، تضاف إليها نسبة تساهم الدولة بها (اقترحت نسبة 6 % ولكن لم تتم الموافقة عليها بشكل نهائي)، وقد طلبت رئاسة مجلس الوزراء طرح المشروع للتجربة في ثلاث محافظات هي درعا واللاذقية والرقة، لبيان إيجابياتها وسلبياتها، ومن ثم تقيم التجربة، ليتم بعد ذلك صدور مرسوم نظام الضمان الصحي في سورية .

---

(١) –الأمين العام المساعد للاتحاد العربي للتأمين . دور القطاع الخاص في تطبيق نظام الضمان الصحي.ص١٠١.

(٢)– رحمون ، ممدوح ،٢٠٠٨. ندوة حول مزايا التأمين الصحي والتجارب الناجحة في بعض البلدان

تجدر الإشارة إلى وجود قائمة في قانون الضمان المقترح، سيزود بها المشتركون، وهي تضم المؤسسات التي تتعاقد مع مؤسسة الضمان الصحي كالمشافي العامة والخاصة، وكذلك الأطباء والصيادلة .

كما أن الاشتراك بالتأمين سيكون اختيارياً بالأصل، وفي المرحلة الثانية ستكون من اختياره للأسماء والمؤسسات من الأطباء والمشافي المتاحة أمامه .

٣ -١-٦-٣ *الأسلوب المباشر في تقديم الرعاية الطبية في التأمين الصحي* :

وفيه يقوم التأمين الصحي بتوفير الرعاية الطبية وتقديمها للمؤمن عليهم في عيادات ومستشفيات تمتلكها أو تديرها هيئة (منظمة) التأمين .

يسود هذا النمط عادة في الدول النامية، كما يطبق أيضاً في مشروعات التأمين الصحي الاجتماعي التي تديرها وزارات الصحة المركزية وتدعمها موارد الدولة، ولا يخلو اتباع الطريقة المباشرة من العيوب وأهمها عدم إمكان توزيع المنظمات والأجهزة العلاجية جغرافياً على نحو عادل حتى تخدم جموع المؤمن عليهم وفقاً لتوزيعهم السكاني، لذلك غالباً ما تتم التغطية عشوائياً وعلى نحو أكبر في المدن، في حين تكون هذه التغطية قاصرة في الريف أو في الجهات النائية وقليلة الكثافة السكانية فضلاً عن عدم إمكانية تطوير العلاج نظراً لقصور الإمكانيات المتاحة لهيئات التأمين.

٣-١-٦-٤-الأسلوب غير المباشر في تقديم الرعاية الصحية :

وفيه يتعاقد التأمين الصحي مع مقدمي الرعاية الطبية، أفراداً أو جهات خاصة أو خيرية تابعة للحكومات المحلية أو الحكومات المركزية، على خدمة المنتفعين مع احتفاظهم باستقلالهم وفق ظروف محددة .

وغالباً ما يطبق هذا النمط في الدول الصناعية المتقدمة ،وذلك لتوفر الإمكانات المادية والبشرية للعلاج الطبي بها، ويسمح اتباع الأسلوب غير المباشر لهيئة منظمة التأمين الصحي – وبالتنسيق مع الجهات المختصة– بأن يكون لها دور أساسي في مجال تحديد مستويات الخدمة الطبية والإشراف عليها على النطاق القومي والارتفاع بهذه المستويات دون استغلال من جانب أجهزة الخدمة بكافة صورها، كما يعمل على تدعيم الثقة بين المريض وجهة التأمين، ولا سيما إذا أعطي المريض حرية اختيار الطبيب أو جهة العلاج. غير أن هذين النمطين قد يوجدان جنباً إلى جنب في الدولة الواحدة فالرعاية الطبية التي يقدمها الطبيب العام في إنكلترا مثلاً تقدم بالطريق غير المباشر، وفي إيطاليا تقدم خدمة العيادة الشاملة بالطريق المباشر وخدمة المستشفى بالطريق غير المباشر.[(١)]

(١) – البرعي ، حسين، ٢٠٠٨.مقالة حول أساليب تقديم الرعاية الطبية في التأمين الصحي ،الرياض.

<u>٣-١-٧- : طرق تأمين نفقات الرعاية في التأمين الصحي :</u>

يمكن تلخيصها في ثلاثة طرق:

١ – نظام الاسترداد المالي cash indemnity plan:

تستخدم هذه الطريقة في التأمين التجاري بواسطة شركات التأمين، كما تستخدم في التأمين الصحي والاجتماعي الذي يطبق بالطريقة غير المباشرة في ظل التأمين الصحي كما في فرنسا، وفنلندا ،والسويد، والنرويج، وفي هذه البلاد لا تتدخل هيئات أو منظمات التأمين إطلاقاً في العلاقة بين المريض و الطبيب حيث يختار المريض الطبيب، ويقوم المريض بدفع أجور الفحص والعلاج والدواء ،ثم تقوم هيئة التأمين برد جزء من المبالغ المدفوعة (متفق عليها مسبقاً) إلى المؤمن عليه، ولا تعتمد هذه المبالغ المستردة على ما تحمله المريض فعلياً من تكاليف العلاج، بل تحسب طبقاً لقيمة الاشتراكات التي يدفعها . وتبلغ نسبة ما يرد حوالي ٧٥- ٨٠ %.

تمتاز هذه الطريقة بأنها تبقي على العلاقة الطبية بين المريض والطبيب، والثقة في الطبيب هي التي توجه المريض إليه، لكنها لا تقدم رعاية طبية منظمة وفعالة، ولا تصلح في البلاد التي لا توجد فيها إمكانات علاج كافية، أو أعداد كافية من الأطباء، وغيرهم من أفراد المهن كما أن المرضى الفقراء قد تعوزهم المادة عن زيارة الطبيب وطلب العلاج والدواء لافتقارهم إلى السيولة النقدية عند الحاجة إلى الرعاية الطبية [١].

٢-دفع فواتير ونفقات العلاج مباشرة إلى مقدمي الخدمة (الأطباء –المستشفيات – الصيدليات – والهيئات الطبية الأخرى). Direct payment to providers of care

هذه الطريقة متبعة في العديد من الدول مثل الدانمرك، وايطاليا، وألمانيا، والولايات المتحدة، حيث تقوم هيئة أو منظمة التأمين بدفع الأجور ونفقات العلاج للأطباء والمستشفيات مباشرة (الدفع مقابل الخدمة)، أو تقوم بدفع مبلغ من المال يعتمد على عدد الأفراد المرتبطين بالطبيب. تسمح هذه الطريقة للمؤمن عليه باختيار محدود للأطباء، وغالباً ما يكون الأطباء تحت إشراف هيئة أو منظمة التأمين إلى حد ما، فهي قد تطلب منهم مثلاً البعد عن الإسراف في كتابة الأدوية غالية الثمن، واستعاضتها ببدائل أخرى، تحت طائلة فرض غرامات على الأطباء الذين يثبت إسرافهم في كتابة الأدوية دون مبرر، أو حتى فسخ عقودهم، وتتبع الحكومة الأميركية الفيدرالية أسلوباً مميزاً في دفع التكاليف بالنسبة للمشتركين في برنامج رعاية المسنين، يطلق عليه مجموعة الترابط التشخيصي كانت تتولى الإشراف على تنفيذه الإدارة الفيدرالية المالية للرعاية الصحية أو ما يعرف حالياً بمراكز خدمات الميدي كير والميدي كيد.

---

(١)-البرعي ،حسين محمد،٢٠٠٨-مقالة بعنوان طرق تامين نفقات الرعاية الصحية ،الرياض .

٣- توفير الخدمات الصحية :Service benefit plans

تقوم هيئة أو منظمة التأمين بتوفير الخدمات الصحية للمؤمن عليه عند طلبها . وذلك إما بالمرافق المملوكة لها أو بالمرافق الصحية خارج الهيئة أو المنظمة والمتعاقد معها، ويطبق هذا النظام في أوروبة الشرقية وأمريكة اللاتينية ومصر.

نستنتج من العرض المقدم السابق أن هناك أسلوبين مختلفين لحل مشكلة تمويل الرعاية الطبية للأسر من خلال التأمين الصحي:

- الأسلوب الأول: (نظام الاسترداد المالي ودفع فواتير العلاج مباشرة إلى مقدمي الخدمات) الذي يرى أن المشكلة تنحصر في عدم قدرة الأسرة على دفع تكاليف الرعاية الطبية التي تحتاجها، وعلى ذلك فان الحل المناسب هو تعويض الأسرة مالياً عن هذه التكاليف، أو تحمل هذا العبء عنها (يعالج هذا الأسلوب جانباً واحداً من المشكلة هو الجانب المالي)

- الأسلوب الثاني: (توفير الخدمات الصحية) الذي يرى أن مجرد التعويض المالي لايكفي لضمان حصول الأسرة على الرعاية الطبية التي يحتاجها المؤمن عليه، وإذا وجدها فقد تكون محدودة أو غير كافية كماً أو كيفاً، ولذلك يرى هذا الأسلوب أن رسالة التأمين الصحي يجب ألا تقتصر على التعويض المالي فقط، بل يجب أن تتسع لتكون أشمل أي ضمان حصول المنتفعين على الرعاية الطبية الضرورية بالجودة المناسبة في الوقت المناسب وفي المكان المناسب. ولضمان نجاح تطبيق الضمان الصحي لابد من توافر الإمكانات الصحية المناسبة،كالمستشفيات، والمرافق الصحية الأخرى، والموارد البشرية الصحية) كماً ونوعاً لتلبية طلبات المؤمن عليهم وشركات التأمين ،والحصول على التأهيل من مجلس الضمان الصحي ولضمان المنافسة في سوق التأمين الصحي والقدرة على استقطاب شركات التأمين الصحي والأفراد ومؤسسات القطاع الخاص وهذا يتطلب:

١- تطبيق برامج الجودة الشاملة :

أ- فيما يتعلق بالمريض: (مثل حقوق المرضى، أو أخلاقيات المشفى) .

ب-فيما يتعلق بالمنظمة: (مثل تحسين الأداء، الموارد البشرية، نظم المعلومات).

ت-فيما يتعلق بالإدارات : (الفريق الطبي، التمريض، الإدارات التنفيذية ومجلس الإدارة).

٢- تطبيق الإستراتيجيات المناسبة لاحتواء التكاليف :

أ- إستراتيجيات الإنعاش (مثل إستراتيجية خفض التكاليف، والتخلص من بعض الخدمات، وإعادة التنظيم، والتغير في التقنية المستخدمة وطرق تأمين الخدمات).

ب-استراتيجية التحالف (التعاون)، وذلك عن طريق الدخول في علاقات بين منظمتين أو أكثر في المنظمات الصحية،بهدف تحقيق وفورات في التكاليف الرأسمالية والتشغيلية (كالشراء المجمع، والمشاركة في خدمات التغذية والغسيل والأغطية، وتدريب القوى العاملة، وتوفير الأدوية وإدارة الصيدليات، واستخدام المختبرات والأشعة والإسعاف وبنوك الدم).

ت-استراتيجيات المشروعات المشتركة عند الرغبة في توفير بعض الخدمات التي تتطلب استثمارات باهظة تفوق قدرة المنظمة الواحدة ، أو التوسع الجغرافي أو الدخول في صناعات مشتركة صحية أو إقامة كليات طب أو تمريض .

٣-<u>تطوير أساليب الرقابة على الخدمات الصحية المؤداة للمستفيدين :</u>

أ-الرقابة على جودة الخدمات الصحية المقدمة .

ب- الرقابة على الاستخدام .

ج- الرقابة المالية .

د- الرقابة على استخدام التقنية الطبية المتطورة كالتصوير الطبقي المحوري CT-scan، والرنين المغناطيسي MRI(1).

٤-<u>تطوير البرتوكولات الطبية مثل :</u>

a- practice guidelier .

b- improve practice

c- best use resources.

d- reduce variatrility .

e- better outcomes

٥-<u>إنشاء أقسام خاصة مثل :</u>

أ- مكتب \إدارة \ ارتباط للتنسيق مع شركات التأمين .

ب- إنشاء أقسام خاصة لمراجعة المطالبات الطبية .

ت -التسويق الصحي .

ث-سجلات طبية ونظم معلومات لشركات التأمين والمستفيدين من التأمين الصحي .

---

(١)-البرعي ،حسين محمد ،٢٠٠٨-مقالة سبق ذكرها .

- إن إيجاد الإدارة الناجحة والتنظيم المناسب شرط أساسي من شروط نجاح شركات التأمين في تطبيق برامج التأمين الصحي بكفاءة وفعالية ، خصوصا في ظل المتغيرات الكبيرة والمشكلات المتعددة التي يواجهه قطاع التأمين وأهمها :

١- عدم توفر المعلومات عن أسعار ونوعية الخدمات الصحية، مما يؤدي أحياناً إلى أن تدفع الشركة أو الفرد مبالغ كبيرة لرعاية طبية غير ضرورية أو ذات نوعية متدنية .

٢- عدم توفر المعلومات الصحية والاقتصادية والبيئية عن الفئات السكانية المراد التأمين عليهم وهذا يؤثر على أسعار أقساط التأمين .

٣- عدم توفر المعلومات عن مختلف أنواع التأمين الصحي وأسعاره وخصائصه واستثناءاته مما يؤثر سلباً على نمو قطاع التأمين وانتشاره.

٤- المنافسة في السوق ستكون هي القوة المؤثرة على شركات التأمين.

٥- زيادة حجم الطلب على خدمات الرعاية الصحية زيادة كبيرة بجميع أنواعها، وبخاصة تلك المقدمة من قبل القطاع الخاص .

٦- الارتفاع المستمر في أسعار خدمات الرعاية الصحية لأن الخيارات المتاحة للحد من ارتفاع الأسعار المتعلقة بالخدمات الصحية محدودة جداً.

٧- ندرة الموارد البشرية المؤهلة التأهيل المناسب في مجال التأمين الصحي :

أ- الاعتماد على العمالة الأجنبية (في بعض الأحيان) في أعمال التأمين وأنشطته، على نحو ملحوظ في التخصصات الفنية .

ب- قلة المتخصصين الفعليين، أو بالأحرى ندرتهم، في مجال التأمين الصحي .

ج- عدم وجود برامج أو معاهد للتأمين داخل الكليات الإدارية، رغم توفر الأقسام الإدارية والصحية والقانونية والاقتصادية والكمية اللازمة لإنشاء معهد، أو برامج للتأمين، أو بالتنسيق مع المعاهد العالمية المعروفة في مجال التأمين، وشركات التأمين، وصندوق الموارد البشرية

د- ارتفاع رواتب العاملين في مجال التأمين .

٨- التأمين تخصص قائم بذاته له أنواعه وفروعه المختلفة وإدارته وأقسامه المتخصصة، والمطلوب تبسيط إجراءات العمل وزيادة الإنتاجية وتحسين الأداء في الإدارات المتعددة مثل :

أ- الاكتتاب – الإصدارات والمطالبات .

ب- التسويق وخدمات العملاء – تسويق خدمات التأمين بأنواعها المختلفة .

ج-العقود للمستشفيات والأطباء والصيدليات ... .

د- المالية – محاسبة ومالية التأمين.

ه- التخصصات الصحية – طب ، صيدلة ، مختبرات ... .

و- مكاتب الارتباط والتمويل والتنسيق .

ز- الحاسب الآلي ونظم المعلومات الصحية والسجلات الطبية .

- شبكة المؤمن عليهم (أفراد وشركات).

- شبكة الأطباء والعيادات.

- شبكة المستشفيات - شبكة المرافق الصحية الأخرى (الصيدليات، والمعامل).

المبحث الثاني: دليل استخدام التامين الصحي للعاملين في القطاع الإداري في سورية:

٣-٢-١-تعريفات:

- شركة التأمين :هي المؤسسة العامة السورية للتأمين ،وهي الشركة التي تقوم بتقديم التغطية الصحية للمؤمِّن .

_ بطاقة الاستفادة :هي بطاقة تصدرها المؤسسة العامة للتأمين باسم كل مؤمن ظاهراً عليها اسم شركة إدارة النفقات ويدون عليها المعلومات المتعلقة بحامل البطاقة ونوع التقديمات التي يستفاد منها .وهي بطاقة شخصية لايمكن استخدامها من قبل الغير.

- شركة إدارة النفقات الطبية :هي شركة الخدمات المميزة Best Assistance المفوضة من قبل المؤسسة العامة السورية للتأمين للعمل باسمها ولحسابها من أجل تقديم جزء من الخدمات الإدارية والتقنية المطلوبة من خلال مركزها المعتمد ومندوبيها المتخصصين .
- شبكة شركة الخدمات المميزة Best Assistance:

والمقصود هنا بالشبكة الطبية هي تلك المراكز الطبية الموجودة جغرافيا ضمن المحافظة التي يعمل بها المؤمن له المضمون والمؤلفة من مراكز طبية توفر خدمات عناية صحية معينة مثل المشافي والمراكز الطبية ، والعيادات المتكاملة والصيدليات والمخابر ومراكز العلاج الفيزيائي والأطباء .

إن الخروج خارج الشبكة الطبية ضمن المحافظة أو خارجها مسموح فقط في الحالات الاسعافية والمبررة في المشافي فقط التي يتعذر على المؤمن له الوصول الى مشفى في الشبكة الطبية المعتمدة في المحافظة ،وكذلك الأمر بالنسبة للأطباء فقط وعلى المؤمن له المضمون الالتزام بالمراكز الطبية والمخابر والصيدليات ضمن محافظته.

إن الاستخدام غير المبرر للشبكة الطبية خارج المحافظة سوف يفقد المؤمن له المضمون حقه في التعويض .

إن قائمة المراكز المعتمدة لشبكة شركة الخدمات المميزة المرفقة بهذا الدليل سيتم من خلالها موافاة لجنة التأمين الصحي في كل جهة بالتعديلات على الشبكة أو على الموقع الالكتروني:

www.best-assistance.net.

للاطلاع عليها عند اللزوم حيث أنها قد تتغير بدون إخطار المستفيدين .كما يمكن التعرف عل مقدمي الخدمات الطبية الاستشفائية من خلالها.

-نموذج رفع السرية الطبية :
نموذج مطبوع موجود لدى المشافي يتيح لمندوبي شركة الخدمات المميزة بالاطلاع على الملفات الطبية للمؤمن من أجل تطبيق هذه الوثيقة فقط. يطلب من المؤمن توقيع هذه الوثيقة قبل إجراء أية حالة دخول مشفى .
-نموذج تقرير طبي لدخول المشفى :
نموذج الكتروني أو مطبوع موجود لدى المشافي يعبأ وفقا للأصول من قبل الطبيب المعالج لطلب الدخول إلى المشفى ،حيث يتم إرساله من قبل المشفى أو الطبيب أو المضمون نفسه إلى شركة الخدمات المميزة للحصول على الموافقة .
-نسبة التحمل :النسبة المئوية من قيمة الفاتورة الصادرة عن المشفى ،أو مبلغ المصاريف المتكبدة التي يتوجب على المؤمن له أن يتحملها ويسددها على حسابه الخاص، وهي غير تلك المصاريف أو الخدمات الإضافية التي يطلبها المؤمن له لحسابه الخاص والتي تعتبر غير مغطاة بموجب العقد (السرير الإضافي أو الوجبات الإضافية، المكالمات الهاتفية أو فحوصات أو أدوية ليست لها علاقة بالحالة التي استوجبت دخول المؤمن له إلى المشفى).
٣-٢-٢-كيفية الاستفادة من خدمات عقد التأمين الصحي :
ا-الحالات غير الطارئة التي تستلزم الإقامة في مستشفى :
يجب على المريض مراجعة مكتب القبول في المشفى المعني (من ضمن مشافي شبكة شركة الخدمات المميزة) في المحافظة التي يعمل فيها المؤمن له المضمون قبل يومين على الأقل من تاريخ إجراء العمل الجراحي المطلوب لتأمين مايلي :
-تقديم صورة عن بطاقة التأمين وعن الهوية الشخصية للاحتفاظ بها مع السجل المدني للمريض المؤمّن ،حيث سيتم إرفاق صورة عنهما مع المطالبة لدى إرسالها لشركة الإدارة.
- تقديم تقرير طبي لدخول مشفى (MRA)المعتمد لشركة الخدمات المميزة وفي كافة مشافي الشبكة، حيث يقوم الطبيب المعالج بتعبئة المعلومات المطلوبة فيه .
-تعبئة وتقديم ورقة رفع السرية الطبية (من قبل المريض)الخاصة بشركة الخدمات المميزة والمتوفرة في كافة المشافي المنتسبة لنظام شركة الخدمات المميزة .
يقوم المشفى بإرسال الوثائق إلى شركة الخدمات المميزة من أجل الحصول على الموافقة، حيث يرسل كتاب للموافقة أو بعدم الموافقة (مبرراً الأسباب)إلى قسم الاستقبال في المشفى.

٢-الحالات الطارئة المشمولة بالتغطية التي تستلزم الإقامة في مستشفى معتمد من قبل شبكة شركة الخدمات المميزة :

في الحالات الطارئة المشمولة بالتغطية التي تستدعي الحصول على خدمة إسعافية مباشرة من أ حد مشافي شبكة الخدمات المميزة في غرفة الإسعاف ،يقوم المريض أوأي من مرافقيه بإبراز بطاقة التأمين و(أو) الهوية الشخصية حيث يباشر المشفى تقديم خدماته بشكل فوري ويقوم المشفى في نفس الوقت بالاتصال المباشر بشركة الإدارة للحصول على الموافقة .

٣-الحالات الطارئة المشمولة بالتغطية التي تستلزم الإقامة في مشفى غير معتمد من قبل شبكة الخدمات المميزة :

في حال عدم إمكانية الوصول إلى أحد مشافي شبكة شركة الخدمات المميزة للحالات الاسعافية المشمولة بالتغطية ،يترتب على المريض أو أحد أقربائه أو مرافقيه إبلاغ شركة الإدارة بالحالة بشكل فوري ،على أن يقوم بتسديد كافة مصاريف المشفى وتأمين الوثائق التالية التي يقدمها إلى المؤسسة العامة السورية للتأمين لتقوم بإعادة تسديد المبلغ له بنسبة ٧٥ %من الأسعار والأجور المعتمدة :

-تقرير دخول مشفى إسعافي يبين فيه طبيب الإسعاف المعالج الحالة التي تم قبول المريض بناء عليها .

-صورة عن نتائج الفحوصات المخبرية والتقارير الشعاعية في حال إجرائها .

-فاتورة أصلية مفصلة ونظامية من المشفى عن كلفة الاستشفاء .

٤-تحاليل مخبرية ، أشعة ، ايكو ، رنين مغناطيسي وطبقي محوري :

يتم طلب أي من هذه الخدمات من قبل الطبيب المختص بالحالة المرضية والخدمات ذات العلاقة المساعدة بتشخيصها ،وذلك ضمن المحافظة التي يعمل بها المؤمن له المضمون ،يطلب من المريض مايلي :

-تقديم بطاقة التأمين والهوية الشخصية للمركز مقدم الخدمة من ضمن مراكز شبكة الخدمات المميزة .

-تقديم الطلب النظامي موقع ومختوم من قبل طبيب مرخص له بمزاولة المهنة وعليه اسم المريض وتاريخ تولده بشكل صريح وتاريخ المعاينة، وعلى الطبيب أن يذكر الأسباب الطبية لهذا الطلب .

- عدم تجاوز مدة ١٥ يوماً من تاريخ الإحالة الطبية للحصول على الخدمة وإلا يعتبر طلب الطبيب لاغياً ولايحق للمريض الاستفادة من الخدمة المطلوبة.

- –تسديد نسبة التحمل الواجب دفعها .
- يجب على المريض التوقيع على الفاتورة التي تصدر عن البرنامج المعلوماتي لشركة الخدمات المميزة فور الحصول على الخدمة.

٥–معالجة فيزيائية :

في حالة الحاجة إلى هذه الخدمة ،يطلب من المريض مايلي :

–تقديم بطاقة التأمين والهوية الشخصية للمركز المقدم للخدمة من ضمن مراكز شبكة الخدمات المميزة ضمن المحافظة التي يعمل بها المؤمن له المضمون .

–تقديم الطلب النظامي موقع ومختوم من قبل الطبيب المختص بالحالة المرضية (عظمية ،عصبية ،مفاصل وروماتيزم) ومرخص له بمزاولة المهنة وعليه اسم المريض بشكل صريح ،تاريخ المعاينة ،الأسباب الطبية وعدد الجلسات المطلوبة .

–عدم تجاوز مدة٣ أيام من تاريخ الإحالة الطبية للحصول على الخدمة وإلا أصبحت الإحالة لاغية ولا يحق للمريض الاستفادة من الخدمة المطلوبة .

– الحصول على موافقة مسبقة من قبل شركة الخدمات المميزة .

– تسديد نسبة التحمل الواجب دفعها .

– يجب على المريض التوقيع على الفاتورة التي تصدر عن البرنامج المعلوماتي لشركة الخدمات المميزة فور الحصول على الخدمة .

٦– وصفات الأدوية :

عند الاستفادة من هذه الخدمة لدى أي من صيدليات شبكة شركة الخدمات المميزة ضمن المحافظة التي يعمل بها المؤمن له المضمون ، يقوم المريض بمايلي :

–إبراز بطاقة التأمين .

–تقديم الوصفة الطبية موقعة ومختومة من قبل الطبيب المرخص له بمزاولة المهنة ومذكور عليها اسم المريض وتاريخ تولده المطابق للاسم على بطاقة التأمين، وتاريخ مراجعة المريض للطبيب.

- عدم تجاوز مدة ٣ أيام من تاريخ الوصفة الطبية للحصول على الخدمة وإلا أصبحت الوصفة لاغية ولايحق للمريض الاستفادة من الخدمة المطلوبة .
- تسديد نسبة التحمل الواجب دفعها .
- يجب على المريض التوقيع على الفاتورة التي تصدر عن البرنامج المعلوماتي لشركة الخدمات المميزة فور الحصول على الخدمة .
- ملاحظة :يحتفظ الصيدلاني بالعلب الفارغة للأدوية المصروفة لتسليمها مع الوصفة الأصلية إلى شركة الخدمات المميزة .

٧- زيارة الطبيب :

عند زيارة أي من أطباء شبكة شركة الخدمات المميزة ضمن المحافظة التي يعمل بها المـؤمن له المضمون ،يرجى التقيد بمايلي :

-تقديم بطاقة التأمين والهوية الشخصية للطبيب .

- تسديد نسبة التحمل من مجمل قيمة تكاليف الزيارة .

- في حال قيام الطبيب بإجراء فحص من الفحوصات الخارجية المتفق عليها معه (مثل تخطيط السمع ،ايكو القلب ....) يجب الحصول على موافقة شركة الخدمات المميزة ،وتسديد نسبة التحمل الواجب دفعها من قيمة هذه الفحوصات .

- يجب على المريض التوقيع على الفاتورة التي تصدر عن البرنامج المعلوماتي لشركة الخدمات المميزة فور الحصول على الخدمة .

٨-فقدان بطاقة الاستفادة :

إذا فقدت بطاقة الاستفادة ،على المؤمن له إعلام المؤسسة السورية العامة للتأمين عن طريق رب العمل (صاحب الوثيقة) خطياً في الحال ، وإلا يتحمل رب العمل جميع المبالغ التي تنفق نتيجة استعمال البطاقة المفقودة التي لم يعلن عنها ، ويغرّم صاحب البطاقة بمبلغ (٥٠٠) ليرة سورية .إذا أراد الحصول على بطاقة جديدة ،ولا تقبل له أي مطالبة بإعادة التسديد خلال فترة فقدان البطاقة .

٩- حدود تغطية عقد التأمين الصحي :

أ-تغطية داخل المشفى :

نطاق التغطية الجغرافي :تشمل تغطية التأمين كافة النفقات الطبية المتكبدة ضمن المحافظة التي يعمل بها المؤمن عليه فقط وداخل نطاق شبكة شركة الخدمات المميزة الخاصة بهذه المحافظة ، يحق له استخدام شبكة شركة الخدمات المميزة المعتمدة في محافظة أخرى في الحالات التالية فقط:

-الحالات الاسعافية بالنسبة للمشافي وزيارة الطبيب .

-في الحالات الاستشفائية أو العمليات الجراحية التي ينحصر تقديمها أو إجراءها في مشافي محافظة أخرى .

وحدود التغطية هي :

٢٥٠٠٠٠ ليرة سورية (مائتان وخمسون ألف ليرة سورية) لكل حالة دخول إلى المشفى .

يعتبر عادة إعادة دخول المشفى لنفس الحالة المرضية أومضاعفاتهاخلال فترة ١٥ يوماً من تاريخ الخروج السابق تابعا لنفس حالة الدخول السابقة وبالتالي تحتسب كلفتها من ضمن حدود التغطية للحالة نفسها وضمن نفس الحدود المالية.

نسبة التحمل :١٠ % من قيمة المطالبة الصادرة عن كل دخول إلى المشفى .

ملاحظة :

لايتم إعادة تسديد قيمة أية فاتورة أو وصفة طبية من أية مراكز صحية، أو عيادات أو صيدليات أومخابر من خارج شبكة شركة الخدمات المميزة.

خدمات المشفى :

مغطاة بالكامل للحالات الصحية الموافق عليها ولكافة الحالات الناتجة عن الحوادث المشمولة بالتغطية، شرط أن لا يكون بالإمكان علاجها على أساس عناية صحية خارجية، وهي كالتالي:

-الإقامة ووجبات الطعام .

-كلفة العلاج الطبي أو الجراحي أو بالمنظار لإزالة معاناة ذات ضرر وظيفي أو ألام لدى المريض .

-كلفة استشارات الأطباء ذات العلاقة بالحالة .

-كلفةالاجراءات الجراحية والتخدير.

-كلفة العناية المشددة .

-الفحوصات الطبية الأساسية اللازمة لحسن أداء التخدير التي تجرى من قبل المشفى قبل --

-إجراء العمل الجراحي .

غرفة العلاج ليوم واحد:

وتشمل :

-كافة إجراءات التشخيص بالمنظار .

-كافة الإجراءات الجراحية (العادية أو بالمنظار).

- كافة العلاجات التي تعود لحالات طبية مغطاة .

وتعتبر هذه الحالات مغطاة بشكل كامل شرط :

-أن تكون الحالة لاتتطلب إقامة ولو لليلة واحدة .

-أن تقدم في قسم غرفة العلاج ليوم واحد (استراحة).

غرفة الطوارئ في المشفى (إسعاف):

وتشمل العلاجات (طبي أو جراحي)الطارئة التي لا يمكن أن تؤجل والمقدمة في غرفة الطوارئ في المشفى، فهي مغطاة بشكل كامل شرط أن تكون ناتجة عن حادث أو ظرف مرضي مفاجئ يؤدي إلى وجود مشكلة طبية جدية ،على أن يكون مشمولاً بالتغطية .

الحالات المرضية الموجودة سابقاً :

مغطاة بالكامل، وهي أي حالة صحية أو عاهة موجودة طبياً قبل تاريخ انتساب المؤمن له سواء كان يعلم بها المؤمن له أم لا على أن تكون مشمولة بالتغطية .

أمراض الكلية :

وتشمل القصور الكلوي الحاد ،وهي مغطاة بالكامل أما غسل الكلى الدموي أو البرتواني فهــو غير مغطى باستثناء جلسات غسل الكلى للقصور الكلوي الحاد التي تتم أثناء فترة الاستشــفاء الأول وحتى الخروج من المستشفى فقط .

أمراض القلب :

وتشمل :

-تصوير الأوعية .

-تصنيع أوعية .

-قلب مفتوح

-جراحة الصمامات .

وجميعها مغطاة بالكامل.

الأمومة :

الولادة الطبيعية أو القيصرية مغطاة بالكامل بالإضافة إلى كلفة استشارة طبيب أطفال واحــدة للمولود الجديد ونفقات ومصاريف عملية الختان للمولود الذكر الجديد .

- الإجهاض غير مغطى باستثناء الحالات الموجبة طبياً ولمرة واحدة فقط سنوياً.
- فحوصات السائل الأمنيوسي غير مغطاة .

المعالجة الفيزيائية :

مغطاة بالكامل شرط أن تكون مرتبطة بحالة مغطاة ضمن المشفى سواء أجــري العــلاج الفيزيائي داخل المشفى أو خارجها وضمن فترة التعاقد أوضمن التجديد .

-تفتيت الحصيات ،عملية استئصال الرحم ،الفتوق ،القرينات وجراحة الأنــف (باســتثناء عمليات انحراف الوتيرة).

مغطاة بالكامل .

البدائل الصناعية والأطراف الاصطناعية :

غير مغطاة باستثناء :

-الصمامات المتعلقة بجراحة القلب .

-القالب التاجي (coronary stent) حتى ٧٥٠٠٠ ليرة سورية كحد أقصى لكل مــؤمن له خلال الفترة التعاقدية .

-الرقعة (mesh)لخاصة بجراحة الفتق .

-جراحة زراعة ،وهب ونقل الأعضاء :

غير مغطاة باستثناء زرع القرنية بحيث يتم تغطية كلفة الجراحة فقط . أما ثمن القرنية فهو غير مغطى .

الأمراض السرطانية :

جميع العلاجات الطبية والجراحية لأمراض السرطان مغطاة باستثناء العلاجات الكيميائية والشعاعية غير مغطاة .

حالات وعلاجات طبية أخرى غير مغطاة :

١-أي علاج أو إجراء طبي لايزال اختباري (مثلاًالـ Mediated Closure Suture System)غير مغطى .

٢-حالات اضطرابات النوم والفحوصات المتعلقة بها كالـ (Polysomnography)وعلاجاتها الطبية والجراحية غير مغطاة .

٣-الحالات الخلقية والوراثية والاختلاطات الناتجة عنها،وتحدد الحالات الخلقية كمايلي : الأمراض والعاهات وسوء التكوين الخلقي غير مغطاة .

٤-الأمراض العقلية والنفسية ،الانهيارات العصبية ،الاختبارات والتقييمات السيكولوجية غير مغطاة .

٥-فترات الاستراحة ،والإقامة في المصحات والعناية بالخلوة وفترات الحجر الصحي وأنظمة التغذية الخاصة والإجراءات والأعمال الجراحية المتعلقة بمراقبة الوزن ،والتكاليف المتعلقة بالنقاهة حتى في الحالات التي يكون فيها الاستشفاء الأول مغطى بموجب الوثيقة غير مغطاة .

٦-الانتحار ،إلحاق الأذى بالذات أو التسبب عمداً بإصابة للذات أو أي محاولة من هذا القبيل عندما يكون المؤمن له سليم العقل أو مختله غير مغطى .

٧-الإفراط في استعمال الكحول ،المخدرات والمستحضرات المماثلة والإدمان أو أي استعمال مفرط في الأدوية من دون مراقبة طبية ،وكل ماينتج عنها من عواقب غير مغطى .

٨-النفقات الناتجة عن اشتراك المؤمن له الفعلي في أي من الأحداث التالية :الحروب والأعمال المشابهة وأعمال الشغب والجرائم والجنح ،وكذلك جميع المطالبات الناتجة عن مشاركة المؤمن له في أعمال غير قانونية خلال إقامته في السجن غير مغطاة .

٩-علاجات الإصابات والأمراض الحاصلة من جراء مشاركة المؤمن له (سواء كان بصفة هاو أو محترف) في ألعاب رياضة خطرة ،(مثلا سباق السيارات أوالدراجات

النارية ،الغطس العميق ،القفز بالمظلات ،لطيران الشــراعي ،دلتــا بلايــن ......)غيــر مغطاة.

١٠-المطالبات الناتجة عن الإشعاعات المؤذية والتلوث الكيميائي أو النووي غير مغطاة.

١١-العلاجات الطبية أو الجراحية للأسنان واللثة الطبية أو الجراحية في أية حالــة مــن الحالات بمافي ذلك الخراجات والوجبات وخلل المفصل الفكي السفلي disorders of the temporomandibular joints غير مغطاة.

١٢-الجراحة التجميلية و(البلاستيكية)غير مغطاة .

١٣-ربط الأنابيب بالإضافة إلى إجراءات منع الحمل ونتائجها وعلاجات العجز الجنسي ، ومعالجة عدم الإخصاب والعقم وجميع الفحوصات التي تــؤدي إلــى كشــفهما والأدويــة والعلاجات العائدة لهما ونتائجها بما فيها الجراحــة بالمنظــار(coelioscopy) وعمــل تنظير تجويف الرحم Hysteroscopy ، التلقيح داخل الأنبوب وخارج الأنبوب ،وكل عمليات التلقيح الاصطناعية الأخرى ، عملية تغيير الجنس .أدوية وعلاجــات المنشــطات الجنسية كالفياغرا وغيرها وكل ماينتج عن تناولها من عواقب و(اختلاطات)غير مغطاة .

١٤-كل مايتعلق بدوالي الحبل المنوي varicocele من عــلاج وفحوصــات وجراحــة وعواقبهم غير مغطاة .

١٥-عمليات الـــ Vertebroplasty,kyphoplasty، Nucleoplasty وجميــع مــاينتج عنها والأدوية والعلاجات العائدة لها غير مغطاة .

١٦-الأمراض المنتقلة جنسياً،فيروس ومرض نقص المناعة المكتســب(الســيدا)والتهــاب الكبد الوبائي ب و ج Hepatitis Type B ,C ومرض الزهــري Syphilis وجميــع الفحوصات التي تؤدي إلى كشفه والأدوية والعلاجات العائدة له غير مغطاة .

١٧-جميع العلاجات الطبية والجراحية لتساقط الشعر بما فيها تكاثر الشعرHirsutism والعمليات التابعة لها وكل ماينتج عنها من عواقب غير مغطاة .

١٨-كل أنواع الأعمال الجراحية والعلاجات التي تجرى لعلاج مرض الزهايمر ALZHEIMER بمختلف الوسائل المعتمدة غير مغطاة .

١٩- كل أنواع الأعمال الجراحية والعلاجات التي تجرى لعلاج داء الباركنسون بمختلــف الوسائل المعتمدة غير مغطاة.

٢٠-كافة أنواع الفحوصات الجينية Geneوالإجراءات المتعلقة بها (الطبية أو الجراحيــة)بمافي ذلك الهندسة الوراثية والاستنساخ غير مغطاة .

٢١- نفقات الإسعاف البري والجوي غير مغطاة .

٢٢- المعالجة الديناميكية بالضوء (مـــثلا ...verteporfine) أو غيـــر المرخصـــة مـــن الـ FDA (مثلا Avastine I njection) غير مغطاة .

٢٣- جميع العلاجات الطبية المتعلقة بالنطق غير مغطاة .

أ- تغطية خارج المشفى وذلك ضمن المحافظة التي يعمل فيها المؤمن له المضمون :

فحوصات خارجية :

حدود التغطية :٥٠٠٠٠ ليرة سورية لكافة خطــط العـــلاج خـــارج المشـــفى (الفحوصـــات الخارجية-الأدوية -زيارة الطبيب)

- نسبة التحمل :١٠ % لكل حالة .
- عدد الفحوصات :١٢ إحالة في السنة .
- فحوصات التشخيص :وتشمل الأشعة (Radiology)،الطبقي المحوري (c.t.scan)، التصـــوير بـــالرنين المغناطيســـي (MRI)،التصـــوير بـــالأمواج الصـــوتية (Ultrasonography)، تحاليل المختبر،فحوصات طــب الــذرة ،تخطــيط الــرأس ،تخطيط السمع ،تخطيط القلب ،تخطيط العضلات ،فحوصات المجهود القلبي (stress test)،

تخطــيط الأعصـــاب (Evoqued response) ،تصـــوير أوعيـــة العـــين (occular Anaumgiografy)،تصـــوير القلـــب بـــالمواد المشـــعة (Thallium Myocardic Scintigraphy)، ايكو القلب (Echo cardiography)،التخطيط المتواصـــل (Holter Monitoring)مغطاة ولكن :

-يكون استعمال التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) محصوراً بـــالأمراض العصـــبية والركبة ويجب الحصول على الموافقة المسبقة من شركة الخدمات المميزة .

-استعمال صورة الفكين (panoramic)محصورا بالحـــالات التابعـــة لحـــادث، ويجـــب الحصول على الموافقة المسبقة من شركة الخدمات المميزة .

-إن اســـتعمال تصـــوير القلـــب بـــالمواد المشـــعة (Thallium Myoooocardic scintigraphy)ايكـــو الـــبطن والحـــوض ( )-Ultrasound Abdomino) pelvic) ،يكون مشروطاً بالموافقة المسبقة من شركة الخدمات المميزة .

-يكون فحص ترقق العظام (Osteodensitometry)مشروطاً بموافقة شـــركة الخـــدمات المميزة المسبقة عليه .

- تغطي شركة التأمين حصرياً ولمرة واحدة التخطيط الشبكي المفصل للجنين بالموجـــات فوق الصوتية Morphhhological Ultrasoundعن فترة الحمل الواحد فقط في حـــال إجرائه لولادة مغطاة.

العلاجات :

وتشمل العلاج بواسطة أشعة الليزر ،المعالجة الفيزيائية (physitherapy) والمعالجة بالحركة (kinesitherrrrrrapy) مغطاة .

–الفحوصات التي تهدف لتشخيص العجز والعقم (مثلا :فحص السائل المنوي ،تصوير الرحم وملحقاته Hysterosalpingography ،زرع السائل المنوي ،الصورة فوق الصوتية لفوق الخصتين testicular pelvic echodoppler غير مغطاة .

–فحص مرض فقدان المناعة المكتسبة أو السيدا HIV ،فحص مرض الزهري Syphillis إلافي حال إجراء فحوصات ماقبل الزواج ، وفقا لأصول إعادة التسديد غير مغطاة .

- فحص الـ Hepatitis Type B غير مغطى.
- فحص الـ Pet Scan غير مغطى .
- فحص الـ VCT 64 ، Volume Computed Tomograph غير مغطى .
- فحص الـ Hepatitis Type C غير مغطى .
- فحص GDX Glaucoma Diagnosis والـ CCoherence Tomograph Occcular المختص بالبصر ومايتعلق به وينتج عنه من علاجات وأدوية غير مغطى .
- الفحوصات والصورة التابعة لأمراض أو حالات غير مغطاة ضمن خطة داخل المشفى تعتبر غير مغطاة .

الأدوية :

حدود التغطية :٥٠٠٠٠ ليرة سورية لكافة خطط العلاج خارج المشفى (الفحوصات الخارجية –الأدوية –زيارة الطبيب)

- نسبة التحمل :١٠ % من كل وصفة .
- عدد الوصفات :١٢ وصفة في السنة .

الأدوية المغطاة :

الأدوية الموافق عليها من قبل وزارة الصحة السورية والتي هي موضوع وصفة طبية موصوفة من قبل الطبيب المعالج المختص بالحالة المرضية مغطاة .

اللقاحات المغطاة :

لقاحات الشلل،الخانوق(الشاهوق أو السعال الديكي)،الكزاز،التهاب الكبد الفيروسي نوع B ،الحصبة ،لقاح الرشح بحاجة إلى موافقة بحسب الحالة الطبية للمؤمن ويعطى لمن فوق ٥٠ سنة،لقاح الرئويات بحاجة إلى موافقة بحسب الحالة الطبية للمؤمن ويعطى لمن فوق ٥٠

سنة،الكزاز، الجدري ، التيفوئيد ،السحايا ،السل ،الثنائي ، الحصبة (أبو كعب)الحصبة الألمانية ، الثلاثي اللاخلوي ،الرباعي الخلوي ،الخماسي اللاخلوي مغطاة .

الأدوية المستعملة لعلاج الأمراض المزمنة الضغط والسكر والربو فقط:

وبحدود ١٢وصفة في السنة لهذه الأمراض وضمن الحدود المالية كما هي واردة في حدود التغطية المذكورة سابقا .

للاستفادة من تغطية الأدوية لعلاج الأمراض المزمنة ،على المؤمن له التقدم بطلب تغطية أدوية مزمنة من المؤسسة العامة السورية للتأمين مختوم وموقع من الطبيب المعالج ليصار إلى صرف الأدوية المزمنة بشكل شهري.

الأدوية والمستحضرات الطبية غير المغطاة :

جميع المستحضرات والمسكنات التي يمكن الحصول عليها من دون أو مع وصفة طبية والمسكنات (مثلا :اسبرين ،اسبرو ،بنادول ،تيلينول)(إن أدوية الرشح والمسكنات الأخرى والتي من ضمن تركيبها الباراسيتامول تعتبر مغطاة طالما هي من ضمن العلاج الموصوف (مستحضرات التجميل ،الفيتامينات ،المستحضرات المعدنية ،المستحضرات الصحية الشخصية والمنزلية) والعلاج بالمستحضرات النباتية والأعشاب غير مغطاة .

-مستحضرات التطهير (مثلا :ديتول ،مركريل)غير مغطاة .

-مستحضرات العناية بالشعر غير مغطاة .

-مستحضرات العناية بالأسنان واللثة (مثلا المستحضرات الصحية أو مستحضرات العلاج) غير مغطاة وجميع الأدوية الموصوفة من قبل أطباء الأسنان أو لعلاج الأسنان واللثة غير مغطاة .

-المنشطات الجنسية ،مستحضرات وأدوية منع الحمل وعلاج العقم والعجز والقحط غير مغطاة .

-الأدوية المستعملة لعلاج الأمراض العصبية (مثلا :الاضطراب العقلي ،القلق،الاكتئاب والهوس) غير مغطاة .بالإضافة إلى المنشطات الذهنية ،والمنومات .

-مستحضرات الحمية الغذائية لجميع الأعمار (مثلا :الحليب ،مستحضرات الحمية والمغذية) غير مغطاة .

-لمستحضرات الجلدية غير مغطاة باستثناء تلك المتعلقة بعلاج أمراض الحساسية ،أو الأمراض الملتهبة (مثل الجدري) أو نتائج الحوادث مثل (الحروق).

-جميع أجهزة تصحيح السمع أو البصر (مثلا :العدسات والنظارات) والمستحضرات المستعملة لتنظيفها والحفاظ عليها غير مغطاة .

-المستحضرات لعلاج الأمراض المنتقلة جنسيا ولمرض فقدان المناعة المكتسب (السيدا) غير مغطاة .

- الأدوية المستعملة لعلاج أمراض وحالات غير مغطاة ضمن خطة داخل المشفى تعتبر غير مغطاة .

زيارة الطبيب :

حدود التغطية :٥٠٠٠٠ ليرة سورية لكافة خطط العلاج خارج المشفى (الفحوصات الخارجية -الأدوية -زيارة الطبيب)

نسبة التحمل :١٠%من كل زيارة

-عدد الزيارات :١٢ إحالة في السنة .

الزيارات المغطاة :المعاينة الخارجية المعتادة والمألوفة والمعقولة مغطاة.

الفصل الرابع

التأثيرات المتوقعة لتطبيق نظام الضمان الصحي على التنمية الاجتماعية في سورية

الفصل الرابع : التأثيرات المتوقعة لتطبيق نظام الضمان الصحي على التنمية الاجتماعية في سورية:

مقدمة:

بعد أن تناولنا في الفصول الثلاثة السابقة الواقع السكاني والصحي في سورية ومشروع الضمان الصحي فيها، من حيث مفهومه وأهدافه والفوائد المرجوة من تطبيقه، والآلية المقترحة لتطبيق نظام الضمان الصحي في سورية ،فإننا في هذا الفصل سنبحث في الآثار المتوقعة من تطبيقه ،حيث له العديد من الآثار الايجابية سواء على المستوى الصحي للسكان، أو على مستوى التنمية الاجتماعية في سورية وفي تطوير سوق التأمين ، وتوفير مصدر للتمويل بالإضافة إلى ترشيد الإنفاق، وتحسين الكفاءة ،وغيرها من الآثار الايجابية الأخرى التي سنتعرض لها في هذا الفصل تباعاً .

يتوقع أن تكون لنظام الضمان الصحي منعكسات إيجابية عند تطبيقه في سورية، أهمها :

٤-١- نظام الضمان الصحي يغطِّي المخاطر :

إن نظام الضمان الصحي يغطي المخاطر التي قد يتعرض لها الموطن صحياً والمتناسبة مع دخله في وقت واحد، ويكمن الحل في طرح منتج يراعي القوة الشرائية الضعيفة للمواطن السوري، فمثلاً ليس من الضروري أن تكون حدود التأمين الصحي خمسة ملايين معالجة في السنة كحد أدنى، لأن هذه المعالجة أو المعالجات نظرية، بينما تكون المعالجة الفعلية لا تتجاوز مليون معالجة، وعليه فإننا نستطيع أن نجعل قسط التأمين ثلاثة آلاف ليرة سورية بدلا من عشرة آلاف، وهذا بدوره يوسع قاعدة الأفراد المؤمَّنين (طالبي التأمين)، كما يوسع سوق التأمين، لأنه يتيح لشريحة أوسع من الزبائن طلب هذه الخدمة، وقد ارتكزت التجربة الصينية على هذا النمط من التفكير، وأتت بنتائج باهرة [١].

لذلك يجب أن يكون الضمان الصحي خياراً مهماً ضمن خيارات المواطن السوري المستقبلية، وخصوصاً مع ارتفاع تكاليف العلاج والاستطباب وضعف الدخل، ما يجعل المواطن واقعاً في معضلة تأمين نفقات العلاج له ولأفراد أسرته عند تعرضه لأي مشكلة صحية ...، فكثير من الأحيان يتعرض المواطن لأي عارض صحي، أو قد يحتاج لعملية جراحية طارئة تكاليفها باهظة لايمكنه تغطيتها وبالتالي تصبح حياته عرضة للخطر ، وبالتالي عندما يشترك المواطن بالضمان الصحي بمبلغ بسيط يحدد مسبقا ويقتطع من دخله، فإنه سيتمكن من إجراء العملية ويخلص نفسه من الخطر المحتمل الوقوع به في حالة عدم إجرائها .

إن الضمان الصحي مطبق في أغلب دول العالم، حيث لم يعد هذا الأمر محلاً للنقاش، ولا بد لسوق التأمين السورية أن تحذو الحذو نفسه [٢].

---

(١)- تيسير ، مشعل ،٢٠٠٨. مقالة بعنوان اثر تطبيق الضمان الصحي في سورية .

(٢)-مقالة بعنوان الضمان الصحي مشروع قانون يهم كل مواطن ،٢٠٠٧-مرجع سبق ذكره .

٤ -٢ - **نظام الضمان الصحي يطور سوق التأمين :**

إن الضمان الصحي لا يطور في أداء سوق التأمين وحسب ، بل ينمي أيضا النشاط الاقتصادي ، ويطور في خدمات المستشفيات ومنتجاتها ، بحيث تقدم خدمات طبية ذات جودة متميزة من جهة، وتضمن مداخيل تؤمن لها الاستمرار الفعال في نشاطها من جهة ثانية، وسيتيح ذلك تنافسية كبيرة بين المستشفيات من حيث تقديم خدمات طبية ذات جودة عالية، وستسعى كل منها إلى تقديم المزيد من الخدمات الطبية المتميزة من أجل جذب المواطنين إليها، وبالتالي سينعكس إيجابيا على المستفيد لأنها ستتيح أمامه خيارات كثيرة للحصول على الخدمة المتميزة ،

وبالتالي دوام تقديم هذه الخدمة المناسبة للمواطن ، ويبقى المواطن (طالب الخدمة) أكثر المستفيدين ، لأنه سيشعر باستقرار نفسي كبير عندما يكون مطمئنا لمستقبل صحته وصحة أولاده.

أما بالنسبة لتقديم شركات التأمين الخاصة لهذا المنتج ، فيعتقد المراقبون أن بعض الشركات التي دخلت السوق السورية تقدم خدمات واسعة في مجال التأمين الصحي ، ولكن هذه الخدمات لم تتضح وتتبلور بعد ،ويكاد يكون هذا الأمر جليا في أغلب منتجات التأمين ، ولعل مرد ذلك إلى حداثة هذه الشركات في السوق ، وعدم اكتمال تشكيلة منجاتها ، وكوادرها الفنية الكفيلة بتوصيل خدماتها للعملاء المستهدفين .(١)

٤-٣ - نظام الضمان الصحي يضمن الرفاهية :

إن الضمان الصحي ضروري لرفع سوية الخدمة الصحية المقدمة للمواطن في ظل مايشهده القطاع الطبي من ارتفاع أسعار الخدمة الصحية ، وعدم قدرة المواطن على تحمل تكاليف المعالجة الطبية في حال عدم اشتراكه بالضمان الصحي ، ولذلك فإن سعي الحكومة إلى فرض هذا النوع من التامين هو أمر بالغ الأهمية للمواطن الذي سيشعر بأنه مؤمن صحياً، فستتوفر له الراحة النفسية بقدرته على تسديد تكاليف العلاج أي الحصول على الخدمة الصحية المرغوبة

وبأفضل الأسعار ، وهذا سينعكس إيجابا على استقراره المادي ، وبالتالي فإن المبالغ التي كانت مخصصة مسبقا للعلاج ستوضع جانبا ، وبالتالي بإمكان المواطن استثمارها في المجال الذي يرغب ،أو حتى بإمكانه ادخارها في مصرف ما، وبالتالي فإن الأموال الإضافية الناتجة بإمكانها أن تضمن له حدود معقولة من الرفاهية .

---

(١)-العش ،سامر ،٢٠٠٧-مقالة بعنوان أثر الضمان الصحي .المجلة الالكترونية .

إن التامين الصحي كمنتج ليس جديدا كليا في المجتمع السوري، بل ترجع بداياته إلى خمسينات القرن الماضي وهذا مايجعلنا أكثر تفاؤلا بسوق التامين مستقبلا ، وما يرفع درجة التفاؤل هو التطور الملحوظ الذي شهده قطاع التأمين في السنتين السابقتين بالإضافة إلى المنشات الصحية الجديدة ، وتسابق شركات التامين لطرح منتجات وخدمات تأمينية جديدة لجذب المواطنين إليها.(١)

٤-٤ - تأثير تطبيق نظام الضمان الصحي في توفير الخدمات الصحية للمجتمع:

إن نظام الضمان الصحي يساهم في توفير الخدمات الصحية للمواطن طالب الخدمة الصحية ، وعندما سيحصل كافة المشتركين بالضمان الصحي على خدماتهم الصحية، فإن ذلك سيؤدي إلى توفير الخدمات الصحية للمجتمع ، ويؤدي إلى تحقيق العدالة في توزيع الخدمات للسكان بغض النظر عن مكان أو حجم أو نوع المؤسسات التي يعملون بها .

فهناك الكثير من المواطنين غير قادرين على تحمل الخدمات الصحية ذات التكاليف المرتفعة ، وبالتالي عندما يشترك المواطن بالضمان الصحي مقابل مبلغ بسيط متفق عليه يقتطع من دخله ، فإنه سيحصل على الرعاية الصحية التي يرغب بها بحسب حاجته لها ، وبالجودة المطلوبة ، ولن يضطر إلى تحمل أعباء تكاليف إضافية وأن يعرض نفسه للخطر وإلى بيع كل مايملك أحيانا لتغطية تكاليف عملية جراحية باهظة .

أي أن نظام الضمان الصحي يكفل حماية المؤمن عليهم من المرض (وقائيا وعلاجيا)، ويرفع عن كاهلهم أعباء تكاليف باهظة .ويساهم في توفير الخدمات الصحية للمجتمع، مما يؤدي في النهاية إلى تحسين مستوى الخدمات الصحية ومستوى القطاع الصحي نفسه، ويساهم في تطويره ودعمه وجعله قطاعا فعالا في الاقتصاد الوطني من خلال المنشات الصحية وشركات التأمين السورية، وبالتالي سيساهم في تطوير المجتمع وتقدمه .

٤ – ٥ – تأثير تطبيق نظام الضمان الصحي في توفير مصدر للتمويل :

إن نظام الضمان الصحي يساهم في توفير موارد مالية لتمويل نفقات القطاع الصحي الباهظة التكاليف، وبالتالي تخفيف العبء على الميزانيات العامة للحكومات والمؤسسات أو الشركات أو الأفراد المسؤولين عن علاج العاملين لديهم ،وذلك عن طريق المساهمات المالية للمستفيدين من الضمان الصحي حيث سيتحمل العامل ٣٧.٥ %من تكاليف القسط، بينما تتحمل خزينة الدولة ٦٢.٥ % من تكاليف القسط تسددها المؤسسة العامة السورية للتأمين ، ويتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من توليفة الأموال العامة والخاصة والخيرية، وفي كل الأحوال فإن الحكومات تتدخل كثيرا في تقديم الخدمات الصحية أكثر من مجرد الترخيص لمقدمي الخدمة إلى تقديم الخدمات ذاتها.

---

(١)– عبود ، عبد اللطيف– ٢٠٠٨ . مقالة بعنوان نظام الضمان الصحي يغطي المخاطر في سورية.

وكما أسلفنا سابقا إلى إن التمويل الصحي قد يتم إما من خلال التمويل الضريبي كالأمم المتحدة ،أو من خلال التأمين الخاص كالنموذج الأمريكي، أو من خلال التامين الاجتماعي كالنموذج الألماني والكندي والهولندي والفرنسي .[١]

٤-٦ - تأثير تطبيق نظام الضمان الصحي في ترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة :

إن نظام الضمان الصحي الناجح هو النظام الذي يقوم بضبط النفقات، وذلك لضمان نجاح الخدمات الصحية، وتوسيعها.

يتم ضبط النفقات في التأمين الصحي من خلال الاستكشاف المبكر للأمراض، ووضع أسس للأدوية المغطاة تأمينياً، وإعادة بناء العلاقة بين أطراف التأمين الصحي، والمساعدة في توجيه المريض إلى الاختصاص المعني، والاستخدام الأمثل للإمكانات التكنولوجية، ومن فوائده أنه يساعد في استمرار أنظمة التأمين الصحي، وعقوده، وديمومتها، وفي زيادة المنافع المتاحة، وتحسين شروط أنظمة التأمين الصحي وعقوده، ويسهم في زيادة عدد المشتركين وتقليل حجم الأقساط المترتبة على المؤسسات والأفراد، وتشجيع تبني التشريعات الهادفة إلى توسيع مظلة التأمين الصحي الشامل، وتحسين ميزان المدفوعات للدولة .

أما كيفية ضبط النفقات على المستوى الوطني، فهي تكون بوضع تشريع لتنظيم مرجعيات الأسعار والأجور وجمع المعلومات والدراسات الإحصائية المتعلقة بالتأمين الصحي، وإعداد برامج توعية تعليمية .

أما على مستوى المؤسسة، فيجب الاعتماد على كوادر فنية مؤهلة لإدارة التأمينات الصحية، وتنمية قدراتها، واعتماد الجهات الطبية، استناداً إلى أسس علمية وفنية، والاعتماد على الإحصائيات والتقارير بهدف تقييم استمرار العلاقة مع الجهات الطبية، وأتمتة خدمات التأمين الصحي، ومعالجة المطالبات قبل حدوثها .

أما على مستوى مقدم الخدمة، فيكون ضبط الإنفاق أولاً بتوضيح أهمية التأمين الصحي، والمحافظة عليه من خلال إرضاء الفرد المؤمَّن ضمن حقوقه فقط، وبتوثيق السجلات الطبية واستخدام الترميزات العلمية العالمية، وعدم القيام بأي إجراءات طبية غير مبررة، وإدخال المرضى إلى المستشفى استناداً إلى القناعة العلمية فقط، ووصف الأدوية حسب حاجة المريض فقط، وثانياً بخلق وسائل وآليات رقابة على الجهات الطبية المقدمة للخدمة .[٢]

---

(١) طرابلسي ،حسام، مقالة حول إدارة النفقات الصحية .٢٠٠٩.

(٢)- البرعي ،حسين محمد،٢٠٠٨-مقالة بعنوان أثر تطبيق الضمان الصحي .

أما على مستوى الفرد المؤمَّن، فيكون أولاً بتوضيح أهمية التأمين الصحي، والطلب منه عدم مساعدة الآخرين لانتحال شخصية الفرد المؤمَّن للمعالجة، وعدم استبدال الأدوية بمواد أخرى، وعدم محاولة الحصول على خدمات غير مشمولة بالتأمين. وثانياً بخلق وسائل وآليات رقابة على الفرد المؤمَّن من جهة ثانية.

٤ – ٧ – تأثير تطبيق نظام الضمان الصحي على القطاع الصحي نفسه :

إن لنظام الضمان الصحي تأثيرات إيجابية متوقعة على القطاع الصحي ،فهو يسهم في تحسين الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين كما ونوعا ، من خلال تخفيف الضغط على المنشات الصحية المجانية من مستشفيات حكومية ومستوصفات التي تقدم الخدمات الصحية لكافة المواطنين مجانا ، وبالتالي فإن الضمان الصحي سيعمل على توفير بدائل مناسبة لتقديم خدمات صحية ذات مستوى جيد وبأسعار اقتصادية، وبذلك يكون لدى المواطن المشترك بالضمان الصحي خيارات واسعة للحصول على الخدمة الصحية التي يرغب بها وبالجودة المطلوبة وبالسعر المناسب ، وسيؤدي ذلك إلى زيادة معدلات القوى العاملة الصحية والأسرة ، والمرافق الصحية بالنسبة لعدد السكان حيث أن وجود المنشات الصحية المتنوعة سيقوم بتشغيل عدد من العاملين فيها .كما أن الاهتمام بالمفاهيم الصحية الوقائية والتركيز عليها ، أي الاهتمام بالجانب الوقائي والعلاج المبكر ،سيؤدي إلى ارتفاع المستوى الصحي ، وهبوط معدلات المرض ،حيث أن جميع المواطنين المشتركين بالضمان الصحي سيحصلون على الخدمات الصحية بالجودة المطلوبة وفي الوقت المناسب ، وبالتالي سيرتفع المستوى الصحي لهم وتنخفض معدلات المرض لديهم كما سيؤدي إلى تخفيض النفقات العلاجية الباهظة لأن المريض سيتحمل جزءاً بسيطاً من قيمة التكلفة العلاجية، وكل ذلك سيساهم في زيادة فرص الاستثمار في القطاع الصحي وفروعه المختلفة ، وبالتالي سيساهم في دعم الاقتصاد الوطني من خلال تشجيع المستثمرين على توظيف أموالهم في المشاريع الصحية .

٤ –٨–التأثيرات الإدارية والتنظيمية والبشرية المترتبة على نظم التأمين الصحي :

من أهم فوائد نظم التأمين الصحي الإسهام بدور فعال في تحسين مستوى الخدمات الصحية المقدمة للسكان كماً ونوعاً، وتوفير بدائل مناسبة لتقديم خدمات الرعاية الصحية ذات المستوى المناسب، وبأسعار اقتصادية، وهذا يتطلب تطوير وإعادة تنظيم المرافق الصحية التي تتعامل مع التأمين الصحي، وتطبق نظم الجودة الشاملة مع التركيز على الكفاءة والفعالية .

كما أن تطبيق التأمين الصحي سيؤدي إلى زيادة الطلب على خدمات المرافق الصحية، وبالتالي ستقوم المرافق الصحية بتوفير المزيد من فرص العمل في شتى المجالات، وتحسين معدلات القوى العاملة الصحية، وأسرة المستشفيات والمرافق الصحية بالنسبة لعدد السكان .

كما تقوم شركات التأمين الصحي بتطوير أنظمتها الإدارية والمالية والطبية والفنية لمراقبة التكاليف واحتوائها، وتوظيف الكوادر المؤهلة وتدريبها التدريب المناسب، والعمل على توطين صناعة التأمين، ولذلك فمن الضروري دراسة وتحديد ومناقشة الآثار التنظيمية والإدارية والبشرية والمالية والطبية المترتبة على تطبيق نظم التأمين الصحي، سواء فيما يتعلق بمقدمي الخدمات الصحية أو فيما يتعلق بشركات التأمين الصحي :

<u>التأثيرات الإدارية :</u>

١- إعادة تنظيم إدارات الشركات وبالذات أقسام التسويق والدعاية وخدمات العملاء وبما يتحقق مع أهدافها .

٢- تطبيق نظام الجودة الشاملة :

أ- إنشاء شبكات لمقدمي الخدمة (المستشفيات، والمرافق الصحية الأخرى، والأطباء) طبقاً لمعايير الجودة المحددة، كالموقع الجغرافي، ورغبة العميل، والتقنية الطبية المتقدمة، والمؤهلات الصحية للعاملين من أطباء وممرضين وفنيين، ومدى تطبيق الإدارة لنظام الجودة الشاملة، وعدد الخدمات الطبية المقدمة، ونوعيتها، وتجهيزاتها، ونسبة الحسم للشركة، ووجود برامج تدريب وتطوير..) [1].

٣- تطوير أساليب الرقابة :

أ- الرقابة على جودة الخدمات المقدمة لعملائها .

ب-الرقابة على الاستخدام الطبي والوقائي .

ت-الرقابة المالية واستخدام نظم حديثة لمراقبة التكاليف مثل نظام DRGS

٤- إيجاد حلول سريعة لمشكلات العملاء وكسب رضاهم، ومن تلك المشكلات :

أ- تأخر استلام بطاقات التأمين (العلاج الطبي)

ب- التأخر في تقديم الخدمات الطبية (الإجراءات المتبعة)

ج- التأخر في الحصول على الموافقات .

د- وجود استثناءات كثيرة غير مغطاة داخل وثيقة التأمين .

ه-عدم وضوح وثيقة التأمين الصحي للعملاء، ولمقدمي الخدمة، وكثرة التغيرات في وثيقة التأمين.

---

(١)-البرعي ،حسين محمد،٢٠٠٨- التامين الصحي –الواقع والمأمول .

٥- تطوير نظم المعلومات والحاسب الآلي والشبكات ضمن منظومة شاملة للمعلومات لجميع متطلبات الشركة، وأعمالها، وبما يحقق أهدافها.

منافع الضمان الصحي :

إن نظام الضمان الصحي يحقق الكثير من المنافع لكل من القطاع الصحي وسوق التأمين .ومن أهم المنافع التي نتوقعها من نظام الضمان الصحي :

١-دعم الرعاية الصحية في القطاع الخاص:

الانتقال من نظام يوفر رعاية صحية مجانية في المستشفيات الحكومية، إلى نظام يلزم بالعلاج لدى المستشفيات الخاصة ذات التكلفة الصحية العالية عملية صعبة على معظم المستفيدين الذين لايتمتعون بملاءة مالية تؤهلهم للحصول على الرعاية الصحية المطلوبة دون عناء خاصة المقيمين .

ويشكل التأمين الصحي وسيلة جيدة تتيح لهم إمكانية تلقي العلاج الطبي المطلوب مهما بلغت قيمته نظير قسط سنوي بسيط نسبيا .وبالتالي يسهل هذا النظام عملية انتقال الرعاية الصحية للقطاع الخاص دون مشاكل حقيقية .

٢-تخفيف العبء عن المستشفيات الحكومية :

كانت ميزانيات المستشفيات الحكومية تتآكل باستمرار نتيجة الضغط الشديد من العمالة الوافدة على خدماتها، وباتت تكلفة الرعاية الصحية التي تقدمها المستشفيات الحكومية للمقيمين تشكل عبئا كبيرا على إمكانياتها، مما أدى إلى حرمان المواطن من الحصول على حقه في مستوى جيد من الرعاية الصحية من جهة، وعدم قدرة المستشفيات الحكومية على تطوير خدماها من جهة أخرى .

من هنا فإن نقل مسؤولية تقديم الرعاية الصحية للعمالة الأجنبية إلى القطاع الصحي الخاص في إطار نظام حي يخفف العبء عن المستشفيات الحكومية، ويتيح لها استخدام مخصصاتها المالية في تنفيذ المهام الكثيرة المسؤولة عنها.

٣-إتاحة قناة تمويل للقطاع الصحي :

إن تطبيق نظام الضمان الصحي يعني في حقيقته، تشغيل المستشفيات الحكومية والخاصة وفقا لأسس اقتصادية لأن شركات التأمين مقابل الأقساط التي تحصل عليها من المستفيدين، ستقوم بسداد تكلفة الرعاية الصحية بغض النظرعن قيمتها أو عن القدرة المالية للمستفيد، وبما أن

---

(١) سامر العش، ٢٠١٠. مقالة حول ماهية عمل المؤسسة العامة السورية للتأمين.

عدد المشمولين بالتأمين قد يصل في المستقبل إلى (٣٣)مليون مستفيد فإن مستوى تشغيل المستشفيات بمختلف قطاعاتها من المتوقع أن يصل إلى الطاقة التشغيلية القصوى .كما أن هذا المصدر المالي الضخم يمكن هذه المستشفيات من تطبيق خطط تطويرية بعيدة المدى ويساعدها على تقديم خدمات صحية ذات جودة عالية .

٤-تطوير برامج للاستثمار في القطاع الصحي :

إن الاشتراكات المتحصلة من الضمان الصحي، سوف تتيح لشركات التأمين الصحي تكوين ميزانيات ضخمة يمكن استغلالها في الاستثمار بالعديد من الأنشطة وخاصة في المجالات الصحية ،بعدما تكون قد تكونت لديها خبرة كافية عن طبيعة المشروعات في القطاع الصحي . وهذا يشكل إسهاما مهما في تطوير القطاع الصحي من جهة ، واستفادة الاقتصاد الوطني من عوائد تلك الاستثمارات من جهة أخرى .

٥-ترسيخ روح التعاون والتكافل بين فئات المجتمع :

يقوم التامين الصحي في الأساس على فكرة التعاون والتكافل بين أفراد المجتمع ،وهذا يعني أن التوسع في نشاط التأمين الصحي يؤدي إلى نقل عبء تكلفة الرعاية الصحية من الحكومة إلى المجتمع بكافة طبقاته وسكانه في إطار نظام تأمين صحي منظم ودقيق، مما يجسد روح التعاون والتكافل بين جميع الأفراد ويشجع في الوقت نفسه على تكرار التجربة في قطاعات أخرى .

٦-تنظيم سوق التأمين :

تأهيل شركات تأمين لممارسة التأمين الصحي والاشتراك في نظام الضمان الصحي ربما يتحول إلى نواة حقيقية لإعادة النظر في وضع السوق ككل وفتح المبادرات لتنظيمه ووضع اللوائح (١)- والنظم التي تضمن استقراره .إن عملية تنظيم السوق من شأنها تحقيق الكثير من الإيجابيات أهمها دخول شركات تأمين وطنية للسوق، وتشغيل كوادر وطنية في مجال التامين والاحتفاظ بأموال التأمين وتوفير الحماية التي يحتاجها المجتمع بواسطة شركات محلية، ورفع مستوى الوعي التأميني داخل المجتمع، ورفع معدلات الإنفاق الفردي على التأمين وتخفيف عبء المسؤوليات الاجتماعية عن كاهل الحكومة .كما أن للجهود التي تبذلها شركات التأمين ومقدمي الخدمة لإعداد وتطبيق معايير موحدة لأداء عملية التأمين الصحي بالغ الأثر في عملية رفع المستوى .[١]

---

(١)-البرعي ،حسين محمد،٢٠٠٨- التامين الصحي -الواقع والمأمول . مرجع سبق ذكره .

٧-إتاحة فرص جديدة :

إن التوسع في نشاط التأمين الصحي بإنشاء العديد من شركات التأمين ،وزيادة الاستثمار في القطاع الصحي بالإضافة إلى تطور الكثير من الأنشطة المصاحبة ،من المتوقع أن يتيح فرص توظيف للشباب السعودي تقدر بعشرات الآلاف ليس على مستوى سوق التأمين الطبي فحسب، بل تمتد إلى سوق التأمين ككل باعتبار أن عملية تنظيم السوق ربما تكون من أبرز نتائج تطبيق نظام الضمان الصحي .

٨-رفع مستوى جودة الخدمات الصحية :

من المعلوم أن تقديم الخدمات الصحية يتم عن طريق التأمين الصحي ضمن منظومة متكاملة ثلاثية الأبعاد ، وتشكل شركات التأمين والمؤمن عليهم ومقدمو الخدمة الطبية أطراف هذه المنظومة .ومع أن المستفيدين ومقدمي الخدمات الصحية هما الطرفان الأساسيان في الخدمة إلا أن وجود شركات التأمين كطرف ثالث يضمن وصول الخدمات الصحية المتفق عليها في وثيقة التأمين الصحي من مقدم الخدمة الصحية إلى المؤمن له بالجودة والمستوى اللائق ، ومما لا شك فيه أن هذه الأطراف ستعمل في نهاية الأمر على تحسين جودة الخدمات الصحية هذه بعض الأدوار التي يمكن أن يؤديها التأمين الصحي والتأثيرات الايجابية التي من المتوقع أن تنعكس على مستوى الخدمات الصحية في حالة الاستمرار في إعطاء التأمين الصحي الدعم اللازم لتفعيله، وبالتالي الوصول به إلى معدلات النمو التي نتوقعها له خلال العشرين سنة القادمة .

ولحساب نصيب الفرد الواحد من الدخل القومي ونصيبه من التكاليف الصحية ومقارنتها مع ما يدفعه الفرد عند تطبيق الضمان الصحي ،ولحساب مقدار التكلفة الصحية من الــدخل القــومي نورد الجدول التالي رقم (٤-٣٤)

نلاحظ من الجدول رقم (٤-٣٤) أن عدد السكان في منتصف عام ٢٠٠٠ بلغ (١٦٣٢٠)ألف نسمة ثم ارتفع إلى (١٨٢٠٠) ألف نسمة عام ٢٠٠٤ ، وبلغ (١٩٦٤٤)ألف عام ٢٠٠٨ ،أي هناك زيادة سكانية واضحة بين عامي ٢٠٠٠ و ٢٠٠٨ .

كما نلاحظ أن الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق في عام ٢٠٠٠ بلغ (٩٠٣٩٤٤)ألف ل.س وبلغ (١٢٦٣١٣٩)ل.س عام ٢٠٠٤ ، وارتفع إلى (٢٢٩١٣٦٨)ل.س عام ٢٠٠٨ ،وأن نصيب الفرد الواحد بلغ في عام ٢٠٠٠ (٥٥٣٨٩)ألف ل.س بينما في عام ٢٠٠٤ (٦٩٤٠٣) ل.س وارتفع ليصل إلى (١١٦٦٤٥) ل.س عام ٢٠٠٨ .

كما نجد أن الدخل القومي بلغ عام ٢٠٠٠ (٨٢١٣٦٩)ألف بينما في عام ٢٠٠٤ (١١٦٦٩٢٠) وفي عام ٢٠٠٨ ارتفع ليصل إلى (٢١٤٢٤٨٦)ألف .

وبلغ نصيب الفرد الواحد عام ٢٠٠٠ (٤٥٠٣٢٩)، بينما في عام ٢٠٠٤(٦٤٤١١٦) وارتفع إلى (١٠٩٠٦٦) عام ٢٠٠٨ .

أي أن الحكومة تسعى دائما بمنظماتها ومؤسساتها التابعة لها على ضبط النفقات وترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة والجودة في الخدمات المقدمة ، حيث تعمل على تنظيم مرجعيات الأسعار والأجور وجمع المعلومات والدراسات الإحصائية وإعداد برامج توعية تعليمية ، وكل ذلك يصب في مصلحة المواطن ويقدم الدعم له للحصول على الخدمات اللازمة له سواء الطبية أو المعيشية وغيرها، وعند تطبيق نظام الضمان الصحي سيكون هناك تأثيرات إدارية وتنظيمية وتنظيم لسوق التأمين ورفع مستوى الخدمات الصحية كما ذكرنا سابقاً

ومن كل الآثار المتوقعة السابقة لتطبيق الضمان الصحي من تطوير سوق التأمين وتحقيق الرفاهية وتوفير مصدر للتمويل وترشيد الإنفاق والكفاءة، كل ذلك يؤدي إلى تحقيق التنمية الاجتماعية في المجتمع، أي أن الضمان الصحي يساهم في تحقيق التنمية الاجتماعية .

مجموع التكاليف الصحية التي قدمتها وزارة الصحة عام ٢٠٠٧=٤٣٤٩٣٩٦٨ [١]

نصيب الفرد من التكاليف الصحية التي قدمتها وزارة الصحة (تدفعها الوزارة)

=مجموع التكاليف الصحية ٢٠٠٧ = ٤٣٤٩٣٩٦٨ =٢.٢٧ ليرة سورية تقريباً

عدد السكان ٢٠٠٧ ١٩١٧٢٠٠٠

التكاليف الصحية ٢٠٠٧ ٤٣٤٩٣٩٦٨ =٢٢.٨٣ونلاحظ أن هذه النسبة تتناقص من عام

الدخل القومي٢٠٠٧ ١٩٠٤٩٧٢

---

(١) مرجع سبق ذكره وهو الجدول رقم (١-٢٦).

إلى آخر فقد كانت عام (٢٠٠٧)٢٢.٨٣ وانخفضت إلى ٢٢.٥٩ عام ٢٠٠٨ .

نصيب الفرد من الدخل القومي ×٣ %=٩٩٣٦٢×٣%=٢٩٨٠.٨٦ عام ٢٠٠٧.

نصيب الفرد من الدخل القومي =

الدخل القومي =١٩٠٤٩٧٢ =٠.٠٩٩٣٦٢٢ وبما أن (الدخل القومي بالمليون)

عدد السكان ١٩١٧٢٠٠٠

فان ٠.٠٩٩٣٦٢٢×١٠٠٠٠٠٠=٩٩٣٦٢.١٩٥ وهو الرقم الوارد في الجدول .

وقد وجدنا نصيب الفرد من النفقات الصحية من قبل الدولة =٢.٢٦ ل.س .

ونصيبه من النفقات الصحية من قبل الفرد =٠.٠٣ فإننا نلاحظ أن نصيبه من قبل الدولة أكبر من نصيبه من قبل الفرد أي ٢.٢٦ > ٠.٠٣ عام ٢٠٠٧. وأيضا في عام ٢٠٠٨.

نصيب الفرد من التكاليف الصحية عام ٢٠٠٨=

التكاليف الصحية ٢٠٠٨ = ٤٨٤١٣٨٤٨ =٢.٤٦نلاحظ أن ٢.٤٦ >٠.٠٣

عدد السكان ٢٠٠٨ ١٩٦٤٤٠٠٠

التكاليف الصحية ٢٠٠٤ = ٤٢٥٦٠٠٣٢ =٢.٣٣نلاحظ أن ٢.٣٣ >٠.٠٣

عدد السكان ٢٠٠٤ ١٨٢٠٠٠٠٠

أي نصيب الفرد من النفقات الصحية من الدولة أكبر من نصيبه من قبل الفرد، أي أن الضمان الصحي يقلل التكاليف الصحية وبالتالي فإن الضمان الصحي لا يؤثر على المستوى المادي للأسرة بشكل واضح أو تأثيره مهمل أي أنه يساعد في خفض النفقات الصحية التي يتحملها الفرد خلال العام بالمقارنة مع ماتدفعه الدولة للفرد لتغطية نفقاته الصحية .

النتائج

١-تطبيق نظام الضمان الصحي يؤثر بشكل إيجابي على التنمية الاجتماعية في سورية حيث أنه يغطي المخاطر، ويطور سوق التأمين، ويضمن الرفاهية، ويقوم بتوفير الخدمات الصحية في المجتمع، وبتوفير مصدر للتمويل ،ويقوم بترشيد الإنفاق وتحسين الكفاءة، وينعكس إيجابا على القطاع الصحي نفسه وبالتالي فإنه بالمحصلة سيؤثر بشكل ايجابي على التنمية الاجتماعية في سورية .

٢- يساهم تطبيق نظام الضمان الصحي في تحقيق التنمية الاجتماعية ويسهم بشكل إيجابي في رفع المستوى الصحي للأسرة ،أي عندما يحصل المواطن على الرعاية الصحية المطلوبة وفي الوقت المناسب ،وعندما يقوم بإجراء العمليات الجراحية إذا ما اضطَر لها وكل مستلزمات الرعاية الصحية، فإن مستواه الصحي سيرتفع وبالتالي ينخفض احتمال تعرضه للوفاة بسبب المرض، وبالتالي ينخفض معدل الوفيات على مستوى الأسر وعلى مستوى المجتمع ككل .

٣-عند تطبيق نظام الضمان الصحي باقتطاع جزء من دخل الراتب وليكن ٣ % فان هذا المبلغ البسيط المقتطع لن يؤثر على مستواه المادي، أي أن التأثير مهمل ولكنه مقابل هذا المبلغ سيحصل على رعاية صحية ذات جودة عالية وبتكلفة قليلة فالدولة تتحمل باقي التكلفة .

٤-ينعكس تطبيق نظام الضمان الصحي إيجاباً على المستوى الصحي للأسرة، فهو يساهم في توفير الخدمات الصحية للمواطن الذي يرغب بها في الوقت المناسب وبالجودة المطلوبة، ويسهم ذلك في رفع المستوى الصحي للأسرة وتخفيف المخاطر عنها، وبالتالي رفع المستوى الصحي للمجتمع .

التوصيات (المقترحات)

١- إعادة النظر في أهداف وأسلوب إدارة المستشفيات الحكومية وتطبيق نظام إدارة الأعمال، مما يساعد على تطوير خدماتها وزيادة إسهامها في النشاط الصحي .

٢- العمل على وضع معايير جودة الخدمات الصحية التي يجب أن تتبناها المستشفيات والمستوصفات، لاعتمادها ضمن البرامج الصحية لدى مقدمي الخدمة الصحية .

٣- إتاحة الفرصة للقطاع الصحي الخاص للقيام بدور أكثر فعالية في القطاع الصحي، والاستفادة من طاقته التشغيلية القصوى لرفع مستوى الخدمات الصحية مع التأكيد على ضرورة التزام هذا القطاع بمعايير الجودة .

٤- الإسراع بتهيئة المناخ اللازم لعمل شركات التأمين وزيادة دورها في تقديم التأمين الصحي.

٥- العمل الجاد على إزالة المعوقات التي تقف في طريق تطبيق نظام الضمان الصحي للاستفادة من المنافع الكثيرة المتوقعة من عملية التطبيق .

٦- التزام آلية دقيقة لاعتماد شركات التأمين والمستشفيات المشاركة في تفعيل نظام الضمان الصحي لضمان تقديم خدمات صحية بجودة عالية .

٧- التطبيق الدقيق لمعايير موحدة لممارسة وإدارة الخدمات الصحية ضمن برنامج الضمان الصحي .

٨- رسم سياسة جديدة للمستشفيات الحكومية والخاصة تمكنها من الاستفادة من اشتراكات الضمان الصحي بالشكل الصحيح، وبما ينعكس إيجابا على مستوى الخدمات الصحية المقدمة على السواء .

٩- ضرورة الاستفادة من التوسع المتوقع في الأنشطة الصحية عقب تطبيق نظام الضمان الصحي في زيادة عدد العاملين في القطاع، وتنفيذ البرامج التدريبية اللازمة لتأهيلهم للانخراط في العمل بكافة التخصصات الطبية .

١٠- تشجيع الجهات المعنية على الإسراع بوضع نظام للتأمين، وإنشاء هيئة للرقابة على نشاط التأمين، ووضع نظام لتسجيل الشركات، وبما يؤدي إلى تنظيم سوق التأمين ومن ثم تصبح مهمة مجلس الضمان الصحي في اعتماد شركات التأمين المشاركة في تفعيل نظام صحي يصبح أكثر سهولة .

١١- تطبيق برامج للتوعية الصحية توضح لجميع الأفراد أهمية وضرورة بـرامج التـأمين الصحي من جهة، وتشرح لهم الأسلوب الأمثل للاستفادة من هذه البرامج دون المبالغـة فـي طلب خدمات علاجية لا ضرورة لها .

١٢- وضع الخطط والبرامج التي تساعد على الاستفادة من اشـتراكات التـأمين الصـحي، وزيادة إسهامه في الناتج المحلي الإجمالي بحيث يترك أثرا إيجابيا على الاقتصاد الوطني .

١٣- إجراء استبيان لمعرفة العوائق والمشاكل التي تواجه شركات إدارة الخدمات الطبية وشركات التأمين .

١٤- عقد المؤتمرات والندوات بشكل سنوي للمساهمة بنشر ثقافة الوعي التأميني بكافة أنواعه والصحي منه بشكل خاص.

١٥- مراقبة فعاليات الخدمة التي تقدمها شركات التأمين وشـركات إدارة الخـدمات الطبيـة بشكل مستمر ووضع أسس عامة وآلية لعمليـة تحقيـق الجـودة لمقـدمي الخدمـة الطبيـة.

١٦- تأسيس صندوق للشكاوى ومعالجتها مع شركات التأمين لإصدار نشرة من قبل الاتحـاد السـوري لشـركات التـأمين بشـكل ربعـي مختصـة بالتـأمين الصـحي.

١٧- أن تعمل شركات التأمين على الاستفادة من الانتشار الجغرافي لتوسيع قاعدة المشـاركة تحت شعار الإرضاء التام للعـاملين والاهتمـام بـالكوادر الفنيـة التـي تقـوم بالاكتتـاب.

١٨- التأكيد على استخدام الترميز الموحد لدى جميع مقدمي الخدمة الطبية وشركات إدارة الخدمة الطبية

١٩- التوصية بأتمتة الصيدليات وربطها مع شركات التأمين.

٢٠- توجيه الإعلام لقضايا التأمين من خلال وسائل الإعلام المقروءة والمسموعة والمرئيـة في مجال التأمين الصحي.

٢١- تشكيل لجنة مؤلفة من مندوبين عن هيئة الإشراف علـى التـأمين والإدارات السـورية لشركات التأمين، وشركات إدارة الخدمات الطبية السورية للعمل على تطبيق الضمان الصحي.

قائمة المراجع العلمية:

أولا: المراجع العلمية العربية :

١-ابن ثنيان،سليمان ابراهيم ،١٩٩٣-التأمين وأحكامه.دار العواصم المتحدة،بيروت.

٢-ابن سعيد،خالد،٢٠٠٠،التأمين الصحي التعاوني.مؤسسة دار المشورة لاستشارات الرعاية الصحية ،الرياض.

٣-الأشقر،أحمد،١٩٩٣-علم السكان ، منشورات جامعة حلب .

٤-الأشقر ،أحمد ،٢٠٠٣-الاقتصاد الرياضي،منشورات جامعة حلب ،كلية الاقتصاد ،مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية .

٥-الحيدر،عبد المحسن بن صالح،التركي،محمد علي، ٢٠٠٢-نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية.معهد الإدارة العامة،الرياض.

٦-الشلقاني،مصطفى،١٩٩٤-طرق التحليل الديموغرافي،منشورات جامعة الكويت.

٧-الضرير ،موسى ،١٩٩٧-السكان والتنمية ،جامعة دمشق ،كلية الاقتصاد.

٨-العلي ،ابراهيم ،العكروش،محمد،٢٠٠٥-الاحصاء التطبيقي ،منشورات جامعة تشرين ،اللاذقية .

٩-الكسواني ،ممدوح،١٩٨٦-الإحصاء السكاني،مطبعة طربين ،دمشق.

١٠-بوادقجي عبد الرحيم وخوري عصام ،٢٠٠٢-علم السكان نظريات ومفاهيم الطبعة الأولى،دار الرضا للنشر، دمشق.

١١-خليفة،ياسين ،١٩٨٢-الإحصاء السكاني .منشورات جامعة حلب .حلب .

١٢-رمضان،زياد،مبادئ التامين دراسة عن واقع التامين.دار الصفاء للنشر والتوزيع ،عمان ١٤١٩هـ.

١٣-زريق،هدى،١٩٨٧-"نظرة حول تطور دراسة الخصوبة."

١٤-علي ،ابراهيم،١٩٩٢-خصائص السكان في الجمهورية العربية السورية في كتاب :الكتاب المرجعي في التربية السكانية، دار الجمهورية العربية للطباعة والنشر ،دمشق.

١٥-فاسيلوس،فالوراس،١٩٨٥-أوجه التباين والسياسات المتعلقة بالوفيات في كتاب السكان والتنمية في الشرق الأوسط، اللجنة الاقتصادية لغربي آسيا ،بغداد .

١٦-فاسيلوس ج،فالوراس،١٩٨٧-"أنماط الوفيات وجداول الحياة النموذجية".في كتاب الإطار السكاني ، جمع البيانات ،التحليل الديموغرافي ، السكان والتنمية .

ثانيا الرسائل العلمية :

١-دراسة تحليلية لحركة التجارة الخارجية في سورية في ضوء المتغيرات الاقتصادية والسكانية خلال الفترة ١٩٨٠-٢٠٠٥.رسالة دكتوراه.هناء سيد أحمد.جامعة تشرين ٢٠٠٦-٢٠٠٧.

ثالثاً: الندوات والمؤتمرات والمجلات العلمية :

١-المؤتمر العلمي السنوي لكلية الحقوق بجامعة بيروت ،٢٠٠٧-الجديد في مجال التأمين والضمان .منشورات الحلبي الحقوقية، بيروت .

٢-عمار، بدوي عبد الوهاب،١٩٩٦-التأمين الصحي كيف يكون ناجحا.الاقتصاد العدد ٢٨٣ جمادى الآخرة ١٤١٧.

٣-خوري،عصام ،١٩٩٨-العلاقات المتبادلة بين المتغيرات الاقتصادية والديموغرافية في الجمهورية العربية السورية-ورقة مقدمة إلى ورشة العمل التي يقيمها مركز الدراسات السكانية التعاون مع صندوق الأمم المتحدة لسكان حول السكان والتعليم وسوق العمل ،دمشق ،٤-١٩٩٨/١١/٥ ،ص ٣-٤ .

٥-الأشقر،أحمد،١٩٩١-النمو السكاني والطلب على الخدمات في القطر العربي السوري ،بحث أبقي في ندوة المسألة السكانية في سورية التي أقيمت في جامعة حلب في الفترة بين ١٢-١٤ شباط بالتعاون بين جامعة حلب وهيئة تخطيط الدولة وصندوق الأمم المتحدة للنشاطات السكانية ومنظمة العمل العربية .

٥-التقي ،سمير .٢٠٠٨.مقالة:المشكلات التي تواجه القطاع الصحي في سورية .

٦-التقي،سمير. ٢٠٠٨ .مقالة حول السياسة الصحية في سورية .

٧-التقي ،سمير. ٢٠٠٨ .صندوق الضمان الصحي في سورية .

٨-الدريس،عبد اللطيف.٩-٣-٢٠٠٤.ندوة حول التامين الصحي التعاوني.

٩-الترتوري،حسين ،التأمين الصحي في الفقه الإسلامي ،مجلة البحوث الفقهية المعاصرة ،السنة التاسعة، العدد٣٦، ١٤١٨هـ.

١٠-تشوري ،عبد الرحمن ، ٢٠٠٧ .متى نشهد الضمان الصحي للعاملين في الدولة.

١١-الأمين العام المساعد للاتحاد العربي للتأمين،٢٠٠٧ . ندوة حول انحسار دور الدولة وتقصير شركات التأمين .

١٢-التقي ،سمير ،ندوة بزيادة السكان وانخفاض الدخل يشتد الضغط الاقتصادي على سورية

١٣-دشاش،محمود .إحصائيات وزارة الصحة.

١٤-دشاش،محمود.٢٠٠٨.ندوة حول ضعف التمويل وسوء التوزيع في القطاع الصحي.
١٥- طلعت الدمرداش،ابراهيم ،اقتصاديات الخدمات الصحية، مكتبة المدينة ،الزقازيق،مصر ٢٠٠٠م .
١٦-ديواني،هشام ،ملتقى دمشق التأميني الثاني ،تشرين الثاني،.٢٠٠٦
١٧- الحسامي ،الشرائح الاجتماعية التي سيطبق عليها الضمان الصحي ،المجلة الالكترونية،.٢٠٠٧
١٨-دشاش ،محمود،٢٠٠٧-المجلة الالكترونية.نظرة حول تطبيق الضمان الصحي .
١٩-القادري،جمال، ٢٠٠٧.مقالة عن الضمان الصحي مطلب منذ عشرات السنين.
٢٠-مقالة حول ماذا يدفع المشترك.المجلة الالكترونية..٢٠٠٨
٢١-الأمين العام المساعد للاتحاد العربي للتأمين.دور القطاع الخاص في تطبيق نظام الضمان الصحي .٢٠٠٨.
٢٢- طلعت الدمرداش،ابراهيم،اقتصاديات الخدمات الصحية،مكتبة الزقازيق،مصر،٢٠٠٠م .
٢٣-رحمون،ممدوح. ٢٠٠٨.ندوة حول مزايا التأمين الصحي والتجارب الناجحة في بعض البلدان .
٢٤-البرعي،حسين،٢٠٠٦.ندوة حول أساليب تقديم الرعاية الصحية في التأمين الصحي .
٢٥-تيسير،مشعل،٢٠٠٦.مدير عام الشركة الوطنية للتأمين.مقالة عن أثر تطبيق الضمان الصحي في سورية .
٢٦-عبود،عبد اللطيف، ٢٠٠٨.مدير عام هيئة الإشراف على التامين .مقالة حول نظام الضمان الصحي يغطي المخاطر.
٢٧-طرابلسي،حسام ،٢٠٠٧.مقالة عن إدارة النفقات الصحية،الشركة العربية لإدارة النفقات الصحية .
٢٨-العش، سامر،٢٠٠٨ .مقالة عن أثر تطبيق الضمان الصحي لمدير عام فرع دمشق في المؤسسة العامة السورية للتأمين .
٢٩-العريان ،محمود،٢٦ ربيع الثاني ،١٤١٣هـ ،مقالة عن الوضع الصحي في سورية .
٣٠-ديواني ،هشام ،٢٠٠٨،مقالة عن الضمان الصحي في سورية-رؤية مستقبلية.
٣١-ديواني ،هشام ،٢٠٠٨،مقالة عن مفهوم وأهمية تطبيق الضمان الصحي.
٣٢- الحسامي ،مقالة حول الشرائح الاجتماعية التي سيطبق عليها الضمان الصحي .المجلة الالكترونية،.٢٠٠٧
٣٣-ندوة عن واقع المتغيرات السكانية في سورية خلال الفترة من ١٩٦٠-.٢٠٠٥
٣٤- التقي ،سمير،" ندوة الثلاثاء الاقتصادي ".دمشق٩-٣-.٢٠٠٦

٣٥- الحسامي ،ماهر ،حوار السقف المفتوح مع الثورة ،٤-٧-٢٠٠٧.
٣٦- العريان ،محمود ،٢٦ربيع الثاني ١٤١٣هـ،مقالة حول الوضع الصحي في سورية .
٣٧- ديواني ،هشام ،٢٠٠٨.مقالة حول الصعوبات التي تواجه تطبيق الضمان الصحي في سورية .
٣٨-تشوري ،عبد الرحمن ،٢٠٠٨.مقالة، متى نشهد الضمان الصحي للعاملين في الدولة .

رابعاً:الإحصاءات :

١-التعدادات العامة للسكان في سورية للأعوام ١٩٦٠-١٩٧٠-١٩٩٤-٢٠٠٤.
٢-التعدادات العامة للسكان ١٩٧٠-١٩٨١-.١٩٩٤
٣-المجموعة الإحصائية لعام ١٩٨٥-جدول رقم ٢/.١١
٤-المجموعة الإحصائية (١٩٩٤-٢٠٠٢).
٥-المجموعات الإحصائية لأعوام ١٩٩١-٢٠٠٥-.٢٠٠٩
٦-المجموعات الاحصائية٢٠٠٠-.٢٠٠١
٧-المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٤-جدول رقم ٢/.١٢
٨-المجموعات الإحصائية ٢٠٠٦-٢٠٠٧-٢٠٠٨ .المكتب المركزي للاحصاء ،دمشق ،سورية.
٩-المجموعات الإحصائية ٢٠٠٩-٢٠٠٨-٢٠٠٧-٢٠٠٦-٢٠٠٥-.٢٠٠٤
١٠-النتائج الأولية للتعداد العام للسكان للأعوام ١٩٧٠-١٩٨١-٢٠٠٤ .
١١- مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية ، ٢٠٠٢، المشروع العربي لصحة الأسرة .المكتب المركزي للإحصاء وجامعة الدول العربية ،دمشق.
١٢-واقع المتغيرات السكانية خلال الفترة من ١٩٦٠-.٢٠٠٥
١٣-وصف سورية بالمعلومات، ١٩٧٠-١٩٩٠-٢٠٠١ -الإصدار الخامس -المكتب المركزي للإحصاء .
١٤- وصف سورية بالمعلومات ، ٢٠٠٣.الإصدار الخامس، المكتب المركزي للإحصاء. دمشق.

خامساً :المراجع باللغة الأجنبية :

1-Boadway(R.)&al :Social Insurance and Redistribution, July 5,2001.
2-Feld syetn (M) :Rethinking social Insurance.
3-Health Insurance Association of America.
4-International al labour Office :Social Protection as a protection as a productive Factor ,Geneva ,November 2005.
5-Jutting (J): Risk and Risk Coping in Rural Area of Developing Countries with Evidence from the Health Sector ,University of Hohenheim,December.2002.
6-Sek hri (N)& al :Regulation Private Insurance to serve the public Interest ,World Health Organization ,2004.
7-The World bank 2004-World Development Indicators.
8-The World bank2004-World Development Indicators.
9-The World bank 2004-World Development Indicators.
10-The World bank2004-World Development Indicators,
11- The World bank 2004-World Development Indicators.
١٢-UNDP.Human Development report.1993-1999-2003-2004.
١٣- UNDP,2004-Human Development report.
١٤-UNDP,2004-Human Development Report
١٥- UNDP,2004-Human Development Report. New York.
16- UNDP,2004-Human Development Report. New York.
17-U,s.Census Buredu ,The official statistics : current population Report ,June 2222,1998.Advanced Health Economics ,Health Insurance .
18-UNDP.2004-Human development. New York.
19-United Nation, word population prospects: the2004 revision Department of Economic, New York,2005.
20-UNDP,2004,Human Development Report ,PD.
21-UNDP,2004-Human Development Report
22-World Health Organization : community based Health Insurance Schemes in Developiming countries: facts ,problems and Perspectives Discussion Paper, NO1,2003.
23-www.moh.gov.sa/html/dpt/medinsure/ins in between.html.

سادسا :مواقع الانترنيت :

–www.impacteen.org/fic/spring-2005/Lecture4.pdf.
–Whqlibdoc-who.int/hq/2003/EIP-FER-DP-E-03-1.PDF.
-qed.econ.queensu.Ca/pub/ Facuatly/boadway/musgrave05-07-2001.pdf
–www.uni-hohenheim.de/i490a/lectures/M5 110/Juetttng.pdf.

الملخص باللغة العربية

يواجه تأمين الرعاية الصحية في العالم كله الكثير من المتغيرات لاسيما المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والبيئية الأمر الذي يستوجب الاستعداد المدروس لمواجهتها وفق منهجية علمية منطقية وتطبيقية حيث ارتفعت تكاليف الخدمات الصحية وأصبح العالم ينفق سنوياً أكثر من تريليون دولار على الخدمات الصحية ويتجدد رأسمال المشفى كل ثلاث سنوات بحيث تبلغ سنوياً تكلفة تشغيل المستشفى ثلث رأسماله مما حدا بالدول للبحث عن بدائل لتمويل الخدمات الصحية والمحافظة على جودتها والسعي لتطويرها فكان التأمين الصحي الذي يرجع تاريخه في البلدان الصناعية إلى الأيام التي كانت هذه البلدان ما تزال بلدان نامية حيث كان يطبق الضمان الصحي الطوعي وارتبط بصفة أساسية مع تأمين الحوادث الشخصية .أما في ألمانيا فقد أقيم أول مشروع للتأمين الإلزامي عام ١٨٨٣ وأُجبر أرباب العمل والعمال على دفع التكاليف بخطط مختلفة منها دفع التكاليف أو نفقات الطبيب والعقاقير أو دفع أجور الأطباء وجاءت آخر مراحل تطور التأمين في أوروبا عقب الحرب العالمية الثانية. وفي الوقت الحاضر فإن الضمان الصحي يشمل جميع أشكال الرعاية الطبية التشخيصية والعلاجية والجراحية والخدمات الفردية الوقائية للمشتركين وبما أنه يعطي للهيئة المشرفة عليه صلاحيات واسعة للتعاقد مع المؤسسات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية الموثوقة والأطباء العامين وأطباء الأسنان والاختصاصين وغيرهم . فإن الإسراع في تطبيقه يعتبر مطلباً ملحاً لجميع شرائح المجتمع من موظفين في قطاع عام أو خاص أومن المتقاعدين مقابل اشتراك بسيط وميسر ومحدد لا يمكن تجاوزه.

Abstract :
Facing health care insurance in the world a whole lot of variables, especially economic variables, social and environmental, which requires the willingness considered to address them according to scientific methodology, logical and practical, where the rising costs of health services and become the world spends annually more than a trillion dollars on health services and renewed capital of the hospital every three years to reach annual cost of running the hospital third capital, prompting states to look for alternatives to the financing of health services and the maintenance of quality and strive to develop them was health insurance, which dates in the industrialized countries to the days when these countries are still developing countries where it was applied health insurance voluntary and has been associated primarily with insurance Personal Accident. But in Germany, held the first draft of compulsory insurance in 1883 and forced the employers and workers to pay the costs of Various schemes including the payment of costs or expenses of the doctor and the drugs or pay doctors came last stages of the development of insurance in Europe after World War II. At present, the health insurance includes all forms of medical care, diagnostic, therapeutic and surgical services, individual protective for the participants and what it gives to the body overseeing it broad powers to contract with institutions of diagnostic, therapeutic and rehabilitative reliable and general practitioners, dentists, specialists and others. The prompt application is an urgent demand for all segments of society staff in the public sector or private participation for retirees believe in simple, accessible and specific can not be bypassed.

Syrian Arab Republic
Ministry of Higher Education
Tishreen University
Faculty of Economics
Section: Statistics and Programming
Competence: Population and Development

The effect of applying health insurance system on social development in Syria

Paper prepared for the Masters Degree in Population and Development

Preparation

Rana Ibrahim Al-Da'bol

Supervision

Dr. Fawaz Haydar
Assistant Professor in the Department
of Family & Community Medicine
Faculty of Medicine
Tishreen University

Dr. Mohammed Akroush
Assistant Professor in the Department
of Statistics and Programming
Faculty of Economics
Tishreen University

2011 AD

جدول رقم (٤-٣٤)

نصيب الفرد الواحد من الناتج المحلي والدخل القومي

البيان	٢٠٠٠	٢٠٠١	٢٠٠٢	٢٠٠٣	٢٠٠٤	٢٠٠٥	٢٠٠٦	٢٠٠٧	٢٠٠٨
عدد السكان في منتصف العام ١٠٠٠نسمة(بالآلاف)	١٦٣٢٠	١٦٧٢٠	١٧١٣٠	١٧٥٥٠	١٨٢٠٠	١٨٣٥٦	١٨٩٤١	١٩١٧٢	١٩٦٤٤
الناتج المحلي الإجمالي بسعر السوق(م.ل.س)	٩٠٣٩٤٤	٩٧٤٠٠٨٩	١٠١٦٥١٩	١٠٦٧٢٦٥	١٢٦٣١٣٩	١٤٩٣٧٦٦	١٦٩٨٤٨٠	٢٠١٩٨١٠	٢٢٩١٣٦٨
نصيب الفرد الواحد ل.س من الناتج	٥٥٣٨٩	٥٨٢٥٤	٥٩٣٤١	٦٠٨١٣	٦٩٤٠٣	٨١٣٧٨	٨٩٦٧٢	١٠٥٣٥٢	١١٦٦٤٥
الناتج المحلي الإجمالي بتكلفة عوامل الإنتاج	٨٧٨٧٠٩	٩٤٩٤١٩	٩٨٠٤٩٤	١٠٢٥١٠٤	١٢٩٠٢٩٧	١٥٨٩٣٦٦	١٨٥٥٧٧٧	٢٢٥٢١٢١	٢٥٩١١٠٥
نصيب الفرد الواحد	٥٣٨٤٢	٥٦٧٨٣	٥٧٢٣٨	٥٨٤١٠	٧٠٨٩٥	٨٦٥٨٦	٩٧٩٧٧	١١٧٤٦٩	١٣١٩٠٣
الناتج المحلي الصافي بسعر السوق	٨٦٦٤٥٥	٩٣٦٠٧٢	٩٧٦٥٤٣	١٠٢٤٥٤٤	١٢١٣٤٧٧	١٤٣٣٨٦١	١٦٢٨٨١٢	١٩٣٩٣٩٥	٢١٩٥٩٨٤
نصيب الفرد الواحد	٥٣٠٩٢	٥٥٩٨٥	٥٧٠٠٨	٥٨٣٧٩	٦٦٦٧٥	٧٨١١٤	٨٥٩٩٤	١٠١١٥٨	١١١٧٨٩
الناتج المحلي الصافي بتكلفة عوامل الإنتاج	٨٤١٢٢٠	٩١١٤٨٣	٩٤٠٥١٨	٩٨٢٣٨٣	١٢٤٠٦٣٥	١٥٢٩٤٦١	١٧٨٦١٠٩	٢١٧١٧٠٦	٢٤٩٥٧٢١
نصيب الفرد الواحدمن الناتج	٥١٥٤٥	٥٤٥١٥	٥٤٩٠٥	٥٥٩٧٦	٦٨١٦٧	٨٣٣٢٢	٩٤٢٩٩	١١٣٢٧٥	١٢٧٠٤٧
الدخل القومي(بالمليون)	٨٢١٣٦٩	٨٩٢٩٢٠	٩٣٠٣٤٠	٩٨٠٧٨٠	١١٦٦٩٢٠	١٣٦٦٦٧٧	١٥٨٠٩٧٥	١٩٠٤٩٧٢	٢١٤٢٤٨٦
نصيب الفرد الواحد من الدخل القومي	٤٥٠٣٢٩	٥٣٤٠	٥٤٣١١	٥٥٨٨٥	٦٤٤١١٦	٨٤٤٥٦	٨٣٤٦	٩٩٣٦٢	١٠٩٠٦٦
التكاليف الصحية	*	٣١٨١٤٤٨٠	٤٠٩٢٤٥١٦	٤٢٥٦٠٠٣٢	*	*	٤٣٤٩٣٩٦٨	٤٨٤١٣٨٤٨	*
التكاليف الصحية/الدخل القومي	*	٣٢.٦٢	٤١.٧٢	٣٦.٤٧	*	*	٢٢.٨٣	٢٢.٥٩	*

المجموعة الإحصائية لعام ٢٠٠٨

*: هكذا ورد في المجموعة الإحصائية